



2

BIBLIOTECA NAZ.
Vittorio Emanuele III

LIV

G

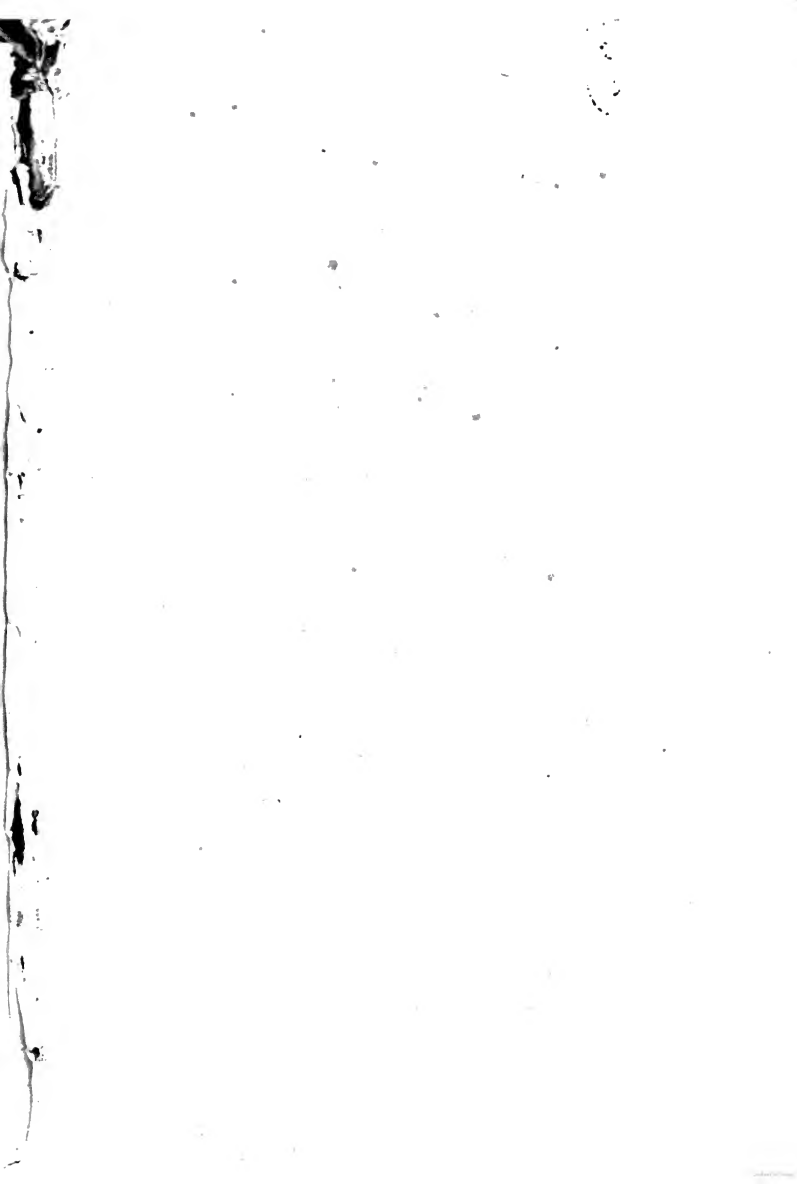
51

NAPOLI

LIV

5
51





2

TRATTATO ELEMENTARE E PRATICO
di
PATOLOGIA INTERNA

PER

A. GRISOLLE

D. M. P..

MEDICO DELL' OSPEDALE DI SANT' ANTONIO, AGREGATO ALLA FACOLTA'
DI MEDICINA, CAVALIERE DELLA LEGION D' ONORE,
MEMBRO TITOLARE DELLA SOCIETA' MEDICA D'OSSERVAZIONE
E DELLA SOCIETA' DI MEDICINA DELLA PROVINCIA, MEMBRO ONORARIO
DELLA SOCIETA' ANATOMICA, CORRISPONDENTE DELL'ACCADEMIA
DI MEDICINA DI MARSIGLIA, E DELLA SOCIETA' DI MEDICINA
DI POITIERS.

PRIMA VERSIONE ITALIANA

Eseguita sulla terza edizione di Parigi, arricchita dall' Autore
di correzioni ed aggiunte.

DEL DOTTOR

LUIGI ETIENNE

VOLUME PRIMO



NAPOLI

STABILIMENTO DEL GENIO TIPOGRAFICO

1850

***Tutte le copie non munite della firma del Traduttore
si avranno come contrafatte***

A' MIEI COLLEGHI

del

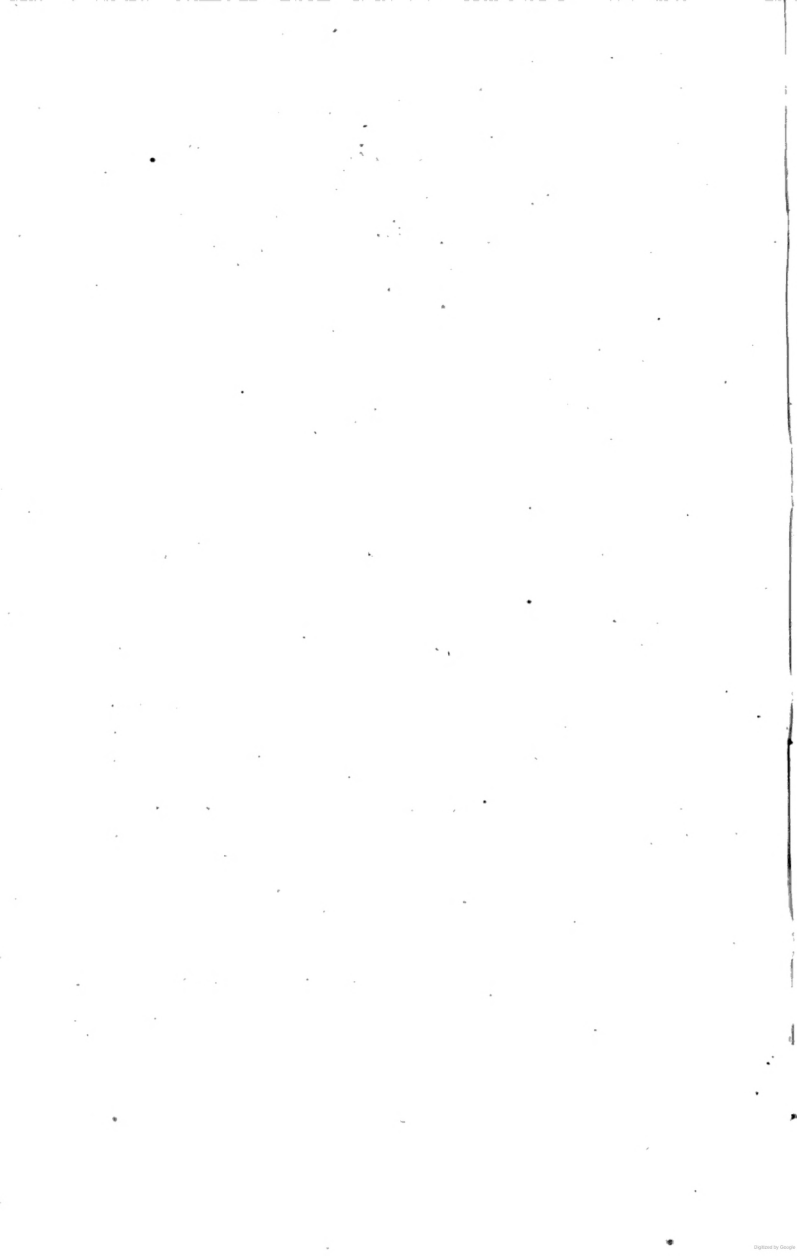
REGNO DI NAPOLI

Signori

Benchè di altra nazione io mi sia ; l' aver però in questa Metropoli appreso le Scienze Mediche ; ogni ragion voleva che a voi dedicassi alcuni miei lavori, che ho risoluto di mandare in luce. E a chi potre' io , meglio che a voi , volgere le mie preghiere, miei diletti colleghi, perchè venghino compatiti i difetti che si potrebbero incontrare nella versione italiana della Patologia interna e della Polmonite del signor Grisolle , ed essere poi pienamente convinti dello scopo che mi son prefisso ; cioè quello di far cosa vantaggiosa, quando ho opinato risparmiare l' incomodo di riflettere al valore del vocabolo che l' originale poteva presentare equivoco, e mettere sott' occhio nel vostro ameno idioma , un' opera di tanta importanza e di somma utilità? Vogliate dunque benignamente accogliere in vostra protezione l' opera e l' Editore ad un tempo, e questo sarà il più gran favore che da voi possa attendermi.

Napoli 20 Aprile 1850.

Il vostro sincero Collega
LUIGI ETIENNE



PREFAZIONE

La patologia è quel ramo della Scienza medica che à per scopo la conoscenza delle malattie alle quali l'uomo va soggetto ; siccome la fisiologia si versa sullo studio della macchina umana nello stato sano. La patologia , a parere di Chomel , non solamente si occupa della classificazione delle malattie , delle loro cause , de' sintomi e de' loro segni ; ma abbraccia ancora la sede , i fenomeni che l'accompagnano , l'andamento , la durata , il termine , la ricomparsa , le diverse forme , le complicitanze , le lesioni organiche che ne risultano , il metodo preservativo e curativo : e ciò costituisce tanti punti essenziali della storia di esse.

La patologia medica à oltremodo progredito da circa un secolo coll'aiuto dell'anatomia patologica , che il Bonnet intraprese a coltivare il primo , e che poi divenne scienza di fatto sotto il Morgagni. Bichat , inventore dell'anatomia generale , seguendo l'esempio de' grandi fisiologi del secolo XVIII , diede un novello aspetto alla fisiologia , ed imprese alla scienza , come alla pratica della medicina un carattere di progresso , mediante gli accurati esperimenti , i metodi severi introdotti ed i novelli risultati ottenuti.

Oltre a ciò , l'arte si è arricchita con novelle scoperte. La percussione ritrovata da Avenbrugger , l'ascoltazione inventata dal genio di Laënnec , sono state perfezionate ed ampliate nella loro applicazione ; e la chimica , con metodi più sicuri e più perfetti , à fatto conoscere , durante la vita come dopo la morte , una immensità di alterazioni , prima sconosciute o malamente definite ; rendendo così molto più chiara la diagnosi non solo , ma ancora regolando l'indicazione terapeutica. Quest'applicazione di metodi esatti per conoscere le malattie , à fatto scomparire dalla scienza un gran numero d'idee astratte , sistematiche , che per tanto tempo ànno renduto oscura la diagnosi , inesatta la terapeutica , e dando così alla medicina l'aspetto d'un romanzo anzi che d'una scienza esatta , contribuirono a discreditarla.

L'osservazione non solamente si è perfezionata , e l'esperienza si è fatta più rigorosa ; ma ancora per giungere dalla conoscenza de' fatti particolari a quella de' fatti generali , molti ne

sono state raccolti, paragonati e messi a calcolo frà loro; rinunciando così alla fiducia che si aveva di tutto poter fidare alla mente, alle impressioni vaghe ed alle ispirazioni teoretiche; e mediante questo ravvicinamento, quest' analisi, e questo calcolo, deduzioni rigorose sono state stabilite, alcune leggi precise sanzionate, risultati positivi ottenuti in semeiotica, in eliologia, ed in terapeutica.

La Scienza moderna può andar superba di queste conquiste, nulla invidiando a' secoli passati. Ma la patologia ampliando il suo dominio, perfezionando i suoi metodi, si è resa perciò più lunga e più difficile a poter essere studiata. La diagnosi è soprattutto quella parte della patologia che presenta maggiori difficoltà; d'altronde essa costituisce il fondamento della medicina pratica, mentre senza di essa la prognosi diviene impossibile, la terapeutica incerta e qualche volta micidiale. Questi ostacoli non potranno sormontarsi, se non quando, dotati d'un sano criterio e di sensi perfetti, i medici si consacreranno con perseveranza ed ardore all'osservazione de' malati. Lo studio delle migliori opere non può supplire allo studio clinico; la clinica forma il medico; essa sola può imprimere il medico sapere, il quale consiste a giudicare da per se, anzi che da ciò che gl'altri ne hanno detto.

L'ordine che deve tenersi nello studio delle malattie, non è certamente cosa indifferente. Molti medici si sono appigliati a tre metodi principali nella classificazione de' morbi; ordine alfabetico cioè, anatomico, ed ordine filosofico. Quest'ultimo è quello che deve tenersi, ed è quello che abbiamo per conseguenza adottato.

Il metodo alfabetico è senza dubbio il più inesatto. In fatti classificare le malattie avendo solamente riguardo al nome ed alla lettera iniziale, porta seco la più deplorabile confusione, collocando in tal modo le une dopo le altre quelle malattie dissimili fra esse per l'analogia, per la sede e per la natura; mentre che si disgiungono quelle che hanno caratteri comuni.

Il metodo anatomico merita la preferenza, come quello che tende a dividere le malattie secondo gl'organi, o gl'apparecchi che assalgono; mettendo sott'occhio nel medesimo quadro tutte le malattie dalle quali un organo può essere colpito. Ciò non ostante non va esente, come il metodo alfabetico, dal grave inconveniente di disgiungere le malattie affini fra esse, come le infiammazioni, l'emorragie, le nevrosi, ec, le quali potendo essere convenevolmente studiate sotto lo stesso punto di veduta, preparano così la mente del lettore, e si evitano in seguito inutili ripetizioni. Quest'ordine benchè privo di logica, potrebbe essere tollerato, come il metodo alfabetico, quando trattasi d'un manuale destinato per i pratici; ma riesce vizioso come

libbro elementare; dappoicchè le diverse malattie dalle quali un organo è affetto, avendo sintomi comuni tra loro, recherebbero grande confusione nella mente del principiante. Spesse volte il ravvicinamento di certe malattie farà credere, esistere tra esse de' rapporti di causa ad effetto. Finalmente un ultimo inconveniente non meno grave de' precedenti, si è quello, che un buon numero di malattie, non avendo sedè determinata, l'ordine anatomico non può applicarsi ad una parte considerevole della patologia; e se allora vuolsi ostinatamente seguire la classificazione anatomica, ciò non può aver luogo, che ravvicinando malattie tra loro affatto dissimili, e risolvere senza alcuna prova, e per semplice ispirazione teoretica, quistioni ancora indecise e spesso insolubili.

Rimane ora l'ordine filosofico, o per parlare più esattamente l'ordine nosologico, che consiste nel dividere le malattie in poche classi, le quali, secondo l'ordine od i generi, si riducono a poche specie. Questo metodo, proposto, come pare, per la prima volta da Felice Plater, era quello che Sydenham preferiva, e che Sauvage adottò nel 1731, quando scrisse la sua nosologia metodica, per secondare il voto manifestato da quel grand' uomo, nella prefazione della sua immortale opera. Questo stesso ordine fu adottato dal Linné e da quasi tutti i nosografi di somma autorità, siccome Vogel, Sagar, Cullen, Pinel, ec. In fatti il metodo nosologico à l'immenso vantaggio di aggruppare, di confondere sotto comuni considerazioni malattie simili, e separarle da quelle che non hanno alcun rapporto fra esse. Bisogna dunque concludere che questo metodo reca immensa brevità nello studio della medicina. Il professore Chomel, difendendo questa opinione, sostiene che la classificazione nosologica, presentando in un quadro determinato tutte le malattie conosciute, mena a distinguere più precisamente le analogie e le differenze che passano fra esse, ed a meglio valutare le asserzioni generali ed i punti di dottrina; permettendo di farne rapidamente l'applicazione a tutti i gruppi di malattie, disposti secondo un ordine, che il medico deve aver sempre presente.

Il metodo nosologico viene spesso biasimato, perchè ravvicina ed anche riunisce a stento sotto il medesimo gruppo malattie dissimili. Questo difetto è reale; ma dipende più dalla imperfezione della scienza, che dal metodo stesso. D'altronde il metodo anatomico non va esente da un simile difetto; privo di qualsiasi vantaggio che potesse almeno in parte compensarlo. Col metodo nosologico spesso, un tal difetto può essere in qualche modo evitato; classificando solamente quelle malattie affini tra esse, e formando una classe a parte per quelle affezioni speciali a certi tessuti ed a certi organi, le quali non potrebbero esser collocate nelle altre classi senza sforzare l'analogia. Questa

metodo è stato messo in pratica da Chomel, ed è quello che ci siamo proposto di seguire, attenendoci al suo consiglio.

Quali caratteri dunque stabilire per determinare i generi e le specie morbose? Si terranno forse per regola esclusiva i disordini anatomici, o pure le cause, o finalmente i turbamenti funzionali? Certamente che l'anatomia patologica formerebbe la base la più solida, la meno invariabile; ma difetta in moltissimi casi, essendovi malattie (per esempio tutta la classe delle nevrosi) le quali, non ostante le numerose perturbazioni, che le caratterizzano durante la vita, non possono rilevarsi nel cadavere mediante alcuna lesione materiale palpabile. L'anatomia patologica dunque non può servire a classificare tutte le malattie; ma solamente una parte di esse.

Lo studio delle cause è anche meno sicuro per stabilire convenevolmente tutti i generi morbosi; infatti, tenendo per norma l'etiologia, si è dato luogo alle divisioni le più arbitrarie, e qualche volta ridicole nello studio delle malattie. Le cause sono oscure, difficili a conoscersi, e talmente variabili, da non poter mai servire, a parer mio, come unico fondamento per un metodo nosologico. Di alcune cause però, l'azione è sì evidente, sì palpabile, e si positivamente determinata, che esse potrebbero convenire alla determinazione d'un certo numero di generi. Tali sono i veleni, i contagi e tutti gli avvelenamenti; poichè, qualunque possa essere il disordine che ne risulta; la natura della causa forma in questo luogo il carattere predominante, ed invariabile, e per conseguenza può servire alla classificazione della malattia.

Sauvage, di accordo con Sydenham, prese per base della sua classificazione i sintomi della malattia. Ma questo punto di partenza è essenzialmente falso, perchè i sintomi sono estremamente variabili, si combinano tra essi in mille maniere, e molti sono comuni a moltissime malattie, che non hanno alcuna analogia fra esse. Bisogna però convenire esservi un certo numero di affezioni sconosciute tanto per la causa che per la loro natura, le quali prive affatto di sede anatomica precisa, e delle quali il disordine funzionale, e lo stato sintomatico, formano il solo carattere palpabile e costante, e per conseguenza il solo che potesse servire a nominarle ed a classificarle.

Ciò premesso, concludiamo che un solo carattere non può servire per determinare i generi; e concordemente col dottore Requin, diremo che la nosografia non deve essere, almeno per ora, nè esclusivamente organica, nè esclusivamente etiologica, nè esclusivamente sintomatica; ma bensì rivestire questo triplice aspetto. Il metodo misto dunque è quello che deve seguirsi, a meno che non si volesse scindere la scienza, e gittarla nelle ipotesi le più incostanti.

Dalle cose sin qui espote, abbiamo deciso di dividere le malattie in dieci classi, cioè: 1.° *le febbri*; 2.° *le malattie costituite da vizio di proporzione del sangue*; 3.° *le infiammazioni*; 4.° *l'emorragie*; 5.° *le secrezioni morbose*; 6.° *gli avvelenamenti*; 7.° *le alterazioni di nutrizione*; 8.° *le trasformazioni organiche ed i prodotti morbosi accidentali*; 9.° *le nerrosi*; 10.° *le malattie proprie a certi organi o a certi tessuti*. Questa classificazione non va esente da rimproveri; ma i suoi difetti sono più imputabili alla mia impotenza, che alla imperfezione della scienza. Bayle, e molti altri anno compreso, che ciascun quadro à i suoi difetti, presenta delle lacune ed offre de' ravvicinamenti stentati. Ciò non pertanto bisogna apprezzarlo pel suo giusto valore, considerarlo come un repertorio più o meno esatto, e preferir quello in cui la maggior parte delle malattie analoghe sono state ravvicinate. I quadri nosologici, soggiunge il celebre medico, sono mezzi artificiali per supplire alla debolezza della nostra intelligenza; è un apparato necessario, ed indispensabile: cambieranno molte volte ancora; ma se una distribuzione invariabile sarà finalmente stabilita; allora l'edificio della scienza svincolato da' simulacri che oggi lo rappresentano, offrirà un insieme regolare, maestoso e saldissimo.

Aspettando che un genio felice trovi una classificazione che concili tutti i suffragi, dobbiamo sforzarci per ben fissare le specie morbose, eosa, come lo fa riflettere Bayle, più importante in nosologia del quadro medesimo. E di ciò me ne sono occupato caldamente. In oltre ho cercato di compensare ai difetti del mio libro mediante l'esattezza delle descrizioni, la verità e la completa indipendenza colle quali ho giudicato gl'uomini e le dottrine: ho evitato ancora, per quanto è in me, inutili discussioni, questioni insolubili, ipotesi sterili, per non occuparmi che di dati positivi e di fatti pratici. In terapeutica, seguendo l'esempio di Astruc, di Sydenham ed altri celebri pratici, ho procurato di precisare le indicazioni per quanto più esattamente ho potuto, ed indicare i mezzi speciali per meglio soddisfarle; ma ciò facendo, ho evitato, come i grandi maestri anno consigliato e praticato, di ampliare il mio libro con formule triviali, che altri autori anno accumulate nelle loro opere per darle un aspetto pratico, e che in fatti non sono che una grossolana attrattiva offerta all'ignoranza ed alla pigrizia.

In questo libro ho esclusivamente trattato di patologia speciale, senza implicarvi alcuna di quelle generalità che appartengono alla patologia generale ed alla semeiotica. In fatti che cosa mai avrei potuto dire, che già non fosse stato espresso, molto meglio di quello avrei potuto fare, nell'opera eminentemente classica del professor Chomel, la quale merita il primo posto per la sua introduzione allo studio della medicina pratica?

Comunque breve sia stato il tempo scorso fra questa edizione, e le due prime; pur nondimeno numerose aggiunte sono state fatte; alcuni capitoli intieramente rifatti, e di molte nuove descrizioni arricchita. In fine ho cercato da per tutto di mettere il mio libro al corrente degli ultimi progressi della scienza.

TRATTATO ELEMENTARE E PRATICO

di

PATOLOGIA INTERNA

Prima Classe di Malattie

DELLE FEBBRI

LE febbri formano una classe importante di malattie acute, che autori sistematici han cercato di escludere dal quadro nosologico, per rapportarle tutte alle infiammazioni. Poche persone oggi sostengono questa dottrina; quasi tutti conoscono al contrario esistere le malattie nelle quali la febbre, che ne forma il carattere predominante, non si trova accompagnata ad alcuna alterazione locale; o se qualche volta i solidi ne sono affetti, le loro lesioni sono posteriori al momento della febbre, incapaci di spiegarla, e sono, come la febbre, l'effetto, la conseguenza d'una causa più generale. Ma prima di dimostrare questa verità, e di assegnare alle febbri i loro caratteri distintivi, dobbiamo far conoscere in che consiste la febbre, calcolarne i fenomeni caratteristici, sia che la malattia si rapporti tutta alla febbre, o pure, cosa più comune, che la febbre non sia che un sintoma od un accidente delle diverse alterazioni percettibili, particolarmente delle flemmasie.

1.^o *Della febbre in generale.*

Le parole febbre (1), piressia (2), o stato febbrile, servono ad indicare uno stato morboso caratterizzato soprattutto dal calore innormale della pelle, dall'acceleramento del polso, da uno stato di malessere e da diversi disturbi di alcune altre funzioni.

L'accresciuto calore del corpo, che gli antichi, ed appocrate il primo, consideravano come carattere essenziale della febbre, costituisce in fatti il fenomeno più costante di questo stato morboso, senza però esserne un indizio certo. Il calore febbrile è più o meno vivo; i malati lo avvertono, la mano del medico lo percepisce; ma non può essere esattamente misurato che coll'aiuto del termometro. Questo strumento, collocato sotto la ascella, segna un'elevazione di temperatura, che varia da 1 a 7 gradi al di sopra della temperatura normale (3), la sensazione che provano gl'ammalati non è sempre in rapporto colla intensità del calore: in fatti accusano qualche volta un calore ardente, mentre il termometro non segna che una piccola elevazione d'un grado; altre volte, i malati accusano un freddo intenso, ed intanto il termometro s'inalza al disopra della temperatura normale: ciò verrà osservato più notabilmente nello stadio del freddo delle febbri intermittenti. Il calore morboso, benchè generale, è spesso più intenso in qualche punto del corpo; può ancora limitarsi, come spesso accade, in certi casi rari di accessi di febbri anomale (febbri topiche) ad alcune parti, mentre il resto della pelle conserva la sua temperatura naturale. Il calore febbrile può essere fugace o continuo; può diminuire ed accrescersi, comparire e cessare ad intervalli fissi o irregolari, a seconda la causa produttrice della febbre. Il calore può essere primitivo; ma più spesso accade, che la febbre invade con una sensazione di freddo, il quale può riprodursi poscia più o meno soventi volte nel corso della malattia. Per quanto variabile sia il calore, il freddo spessissime volte non è che una

(1) *Febbre, febris*, deriva dalla parola *fervere*, bollire, e da *ferveor*, effervescenza, poichè si supponeva che nella febbre gli umori fossero in movimento, siccome i liquidi nello stato di ebollizione. Altri danno la parola come derivante da *frebuare*, purgare, purificare; dappoichè la febbre era considerata da molti medici come un'operazione salutare della natura.

(2) *Piressia*, usata presso i Greci per indicare la febbre, deriva dalla parola *πῖρ, πυρρός*, fuoco per esprimere il calore, che in fatti è uno de' caratteri predominanti nello stato febbrile.

Da ciò il nome di *piretologia*, che comprende quella parte della nosologia che tratta specialmente delle febbri.

(3) L'esperienza ha mostrato che l'ascella dà a poco presso al termometro la stessa temperatura delle cavità interne, dove il calorico si trova al suo *maximum*.

sensazione de' malati ; dappoicchè la mano del medico , applicata sulla pelle , osserva quasi sempre il contrario, ed il termometro, piazzato sotto l'ascella, segna un aumento di temperatura più o meno considerevole. Il freddo , che per lo più indica lo sviluppo della febbre , alcune volte consiste in una semplice sensazione, senza alcuna scossa, o anche agitazione del corpo: ciò chiamasi raffreddamento ; altre volte à luogo l'orripilazione, la quale si manifesta con protuberanza de' bulbi de' peli (carne di pollo) ; finalmente , ad un grado più elevato , il corpo è agitato da un tremito involontario , ed allora vi è spesso stridor de' denti ; e ciò chiamasi propriamente brivido.

L'acceleramento del polso è uno de' fenomeni più costanti e più certi della febbre , che Boerhaave aveva come essenziale. In alcuni casi però manca ; ma questa anomalia non si osserva che in certi periodi di alcune gravi malattie , e ciò à sempre luogo in una maniera passeggera. La frequenza del polso, di qualunque importanza ella sia , non potrebbe essa sola caratterizzare lo stato febbrile , mentre si trova costante in certe condizioni dell'economia , specialmente dietro le perdite considerevoli di sangue , e durante la convalescenza di gravi malattie.

Il grado della frequenza del polso , che non può essere valutata se non con l'orologio a secondi , è variabilissimo. Spesso esistono solamente alcune pulsazioni di più dello stato ordinario ; altre volte il loro numero è doppio, triplo ; e può essere talmente frequente , da non potersi contare. Per giudicare sanamente dello stato della circolazione , il medico deve conoscere le variazioni , che la frequenza de' polsi presenta nelle differenti età della vita. Quindi bisogna ricordare, dietro le ricerche de' signori Leuret , e Mitivié, che il polso de' vecchi è più frequente di quello degli adulti , mentre ne' primi si osservano, per media proporzione , 73 o 74 pulsazioni in ogni minuto , e 63 solamente negl' ultimi.

Disgraziatamente però , i medici non sono di accordo sulla frequenza del polso ne' ragazzi. A parere di Valleix , questa frequenza , ne' ragazzi di due a venti giorni , non sarebbe che di 90 a 100 pulsazioni in ogni minuto nello stato di veglia , e di 87 durante il sonno ; mentre a sette mesi , come stato medio , arriva a 126 pulsazioni ; in seguito , secondo lo stesso autore , l'acceleramento del polso declinerebbe sino all'età di sei anni , però mantenendosi sempre un poco al di sopra di 100 pulsazioni. Secondo Jacquemier , la media proporzionale del polso de' neonati sarebbe di 126 pulsazioni ; ed infine Trousseau indica il numero di 137 siccome quello che stabilisce la frequenza media del polso nel primo mese della vita , quello di 120 da sei mesi ad un anno , quello di 118 da un anno a vent'uno mese. Questi risultati confermerebbero ciò che altra volta si dice-

va della massima frequenza del polso ne' neonati, che Floyer calcolava sino a 134, Soemmerring a 130, Haller a 140. Incaricato io stesso, all'ospedale di Sant'Antonio, del servizio de' ragazzi allattati dalle loro madri, ho cercato di dilucidare la stessa quistione, ed ho contato il polso molte volte di seguito durante il sonno de' fanciulli, e solamente in quelli di perfetta salute; ed ecco i risultati ottenuti. Nel primo mese della vita extrauterina, il polso offriva tra 88 a 100 pulsazioni, e per frequenza media 121 pulsazioni; da due a quattro mesi si accresceva sino a 128, da cinque a sette mesi, si diminuiva a 116, e da un anno a quattordici a 111. Ciò importa riflettere che il polso de' fanciulli offre, da un momento all'altro, le più grandi variazioni per rapporto alla frequenza, e ciò mentre il sonno sembra il più profondo, ed i fanciulli lontani affatto da qualunque causa eccitante. Questa eccessiva variazione spiega i risultati opposti, che altri insigni uomini hanno ottenuti.

Tutti gl'individui affetti dalla febbre sperimentano altri turbamenti funzionali, i quali senza essere così costanti, e così caratteristici de' precedenti, meritano che se ne faccia menzione. Son questi: uno stato di malessere, di stanchezza, di aggravamento della persona, o dolori ottusi delle membra, cefalalgia o semplice pesantezza della testa; l'appetito sempre diminuito, e più spesso abolito; la sete ordinariamente accresciuta; la respirazione spesso accelerata; finalmente alcune secrezioni, come l'urinaria, possono essere più o meno modificate.

Bisogna notare che, per caratterizzare la febbre, è assolutamente necessario che i due fenomeni i più essenziali di questo stato morboso (l'accresciuta caloricità cioè, e l'acceleramento del polso) siano permanenti, che abbiano cioè una certa durata, ciò che stabilisce una distinzione fra lo stato febbrile, e l'eccitamento passeggero ed affatto fisiologico, che la circolazione ed il calore presentano in certe circostanze, siccome accade dopo una corsa, e l'introduzione nello stomaco di sostanze stimolanti, ec.

Della febbre come elemento della diagnosi. — La dimostrazione dell'esistenza della febbre, astrazion fatta da qualunque altra circostanza, non fornisce di per se stessa alcun dato per la diagnostica, e non può provar altro, se non che l'esistenza d'uno stato morboso dell'individuo: quindi per rilevare dal movimento febbrile un valore semiotico più preciso, bisogna aver riguardo ad alcune circostanze accessorie, come l'intensità della febbre, il suo andamento, il tipo, la durata, e le organiche lesioni che l'accompagnano o la complicano ec.

La parola febbre, non è sinonimo della parola infiammazione, come altri han preteso; ciò non pertanto deve sempre risvegliare nella mente l'idea d'una malattia più o meno nascosta,

il di cui movimento febbrile non sarebbe, per così dire, che l'ombra. Partendo da questa idea, subito conosciuta la febbre, bisogna analizzare accuratamente i sintomi concomitanti, stabilire, per mezzo de' metodi d'esplorazione che la scienza possiede, qual'è lo stato organico dell'individuo. In questa ricerca, bisogna aver presente, come dice ragionevolmente il signor Bouillaud, che, i nostri organi essendo composti di solidi e di liquidi, l'alterazione degl'uni o degli altri isolatamente, non deve esser l'oggetto esclusivo delle nostre ricerche; ma si bene informarsi accuratamente di questo doppio elemento delle malattie. Così procedendo, si conosce, che la febbre, il più delle volte, è il riflesso de' patemi d'un organo. In molti casi però, lo stato febbrile sembra costituire tutta intiera la malattia, o almeno forma il solo elemento, che meriti la nostra attenzione; dappoicchè ogni ricerca riesce inutile, che potesse determinare una alterazione locale primitiva, essenzialmente legata alla febbre esistente. L'esistenza dunque d'una febbre essenziale non potrà stabilirsi, che col metodo di eliminazione, e ne' casi in cui non si potrà precisare alcuna lesione materiale; o pure, se ve ne è una, bisogna che questa non abbia alcun rapporto con l'apparato febbrile che si osserva, a causa della sua tarda comparsa e della poca intensità. Volendo essere più accurati e più severi, di quello non lo sono stato per lo passato i medici, non ammetteremo stato flogistico locale, se non quando persuasi da segni certi, non riguardando come tali, all'esempio de' medici, de' quali è parola, il menomo dolore, spesso mobile e passeggero, la minima alterazione della secrezione d'un organo, il più o meno arrossimento della lingua, il grado di secchezza della pelle; quali segni sono la più parte inseparabili dalla febbre. Mettendo a profitto i belli travagli de' signori Andral e Gavarret sul sangue, lavori che faremo conoscere altrove, troveremo nell'esame e nell'analisi di questo liquido caratteri talmente distintivi, secondo che la febbre si trova legata ad una flemmasia, o che essa ne è indipendente, i quali consacrano d'ora in avanti in modo assoluto, la distinzione vanamente combattuta delle piressie e delle infiammazioni. Finalmente nella ricerca che faremo del punto di partenza d'un movimento febbrile continuo, ci guarderemo dal lasciarci ingannare dagl'altri trambusti simpatici, i quali, per il loro predominio, possono qualche volta trarre in inganno l'osservatore, e fargli credere che i disordini appartengono ad una lesione materiale degl'organi, lesione dalla quale farebbe dipendere la febbre stessa; ma questo doppio errore sarà dileguato ponendo mente alla natura degli accidenti che si osservano, alla loro intensità, all'epoca della loro manifestazione, all'andamento ed allo stato organico, ogni qual volta i nostri mezzi di esplorazione ci permettono di determinarlo.

L' apparato febbrile non può affatto al momento del suo sviluppo fornirci dati utili per la diagnosi. In fatti, quando la febbre si accende, o che sia o pur no preceduta da brivido, quando non è accompagnata da alcuna lesione locale che la chiarisca, riesce impossibile presagire l' evento. Questa incertezza addiviene maggiore ne' fanciulli e ne' giovani; è meno grande nell' adulto; e diminuisce nel vecchio, pel solo fatto dell' età avanzata, in cui le malattie febbrili, predominanti ne' giovani, diminuiscono, e qualche volta scompaiono affatto; tali sono le febbri eruttive, e l' affezione tifoidea, le quali potrebbero quasi essere escluse dalla diagnosi, quando sarà dato osservare un vecchio nel quale la febbre si appatesa. Lo stesso si dirà della febbre efimera, la quale facilissimamente si accende ne' fanciulli e ne' giovani, è meno frequente nell' età adulta, ed è quasi sconosciuta ne' vecchi.

Molte volte però la febbre, manifestandosi in certe condizioni speciali, può da se sola bastare, ne' primi momenti della sua invasione, a stabilire la diagnosi, se non assolutamente certa almeno probabile. Così, quella febbre preceduta o pur no dal freddo, la quale si manifesta in una donna poche ore dopo il parto, o dopo terminata la febbre del latte, annunzierà quasi sempre una flemmasia addominale: questa proposizione è universalmente vera in tempo di epidemia, e si applica non solamente alla febbre puerperale; ma ancora a moltissime malattie, particolarmente alle febbri eruttive ed alle febbri intermittenti.

Notiamo ancora, come fatto pratico di alta importanza, che l' apparato febbrile, apparentemente spontaneo, il quale si manifesta in individui deboli, assaliti da malattie croniche apipetetiche, soprattutto quando serbano la posizione orizzontale nel letto, è il segno quasi certo d' una flemmasia intercorrente. Bisognerà allora esaminare tutti gli organi, e più di tutti tener di mira i polmoni, dai quali si comincerà l' esplorazione; essendo certo, che nelle condizioni supposte, la pneumonia è tra tutte le malattie sopravvenienti quella, che più comunemente si manifesta (vegasi il mio *Trattato pratico della pneumonia*).

Torna inutil cosa il dire, che i fenomeni prodromi sono generalmente di niun valore, perchè il medico possa fissare la sua attenzione sul punto di partenza della febbre al suo sviluppo, attesa la loro variabilità, e la mancanza di prodromi speciali a tale o tale specie di malattia acuta febbrile. L' epidemie non sono comprese, sino ad un certo punto, nella proposizione precedente, perchè spesso si manifestano sotto un insieme di fenomeni prodromi a poco presso uniformi. Da ciò ne nasce, che se la malattia è febbrile, la febbre che seguirà questi segni prodromi, avrà un significato, un valore diagnostico, che non avrebbe in qualunque altra circostanza. Diciamo finalmente che la

febbre, essa stessa, figurando spesso tra i sintomi iniziali delle malattie, annunziando l'invasione d'uno stato morboso, senza però lasciare intravedere, come abbiamo già detto, il genere di affezione che si sviluppa, acquista un gran valore quando si ravvicina ai fenomeni concomitanti, i quali isolati, non avrebbero che una debole importanza per la diagnosi.

Da ciò risulta, che in molti casi, può esistere uno stato generale; uno stato febbrile più o meno intenso, il quale non può essere spiegato mediante alcuna flemmasia locale. Andral, il quale ha osservato simili casi, dice, con molta ragione, non esservi allora alcun lavoro infiammatorio ben distinto, ma bensì una tendenza a questo prodotto morboso; e per poco che questo stato si prolunghi, si vedranno allora nascere diverse flemmasie, a seconda delle diverse predisposizioni individuali e la variabile suscettività degl'organi. Piorry crede esistere allora un'infiammazione primitiva del sangue, un' *emite*, capace di produrre in seguito molte flemmasie locali consecutive. Altri senza legare in questi casi la febbre ad una lesione ben determinata d'un liquido, spiegano le alterazioni de' solidi venute in seguito, dipendenti dal movimento febbrile, che dà alla circolazione un' insolita attività. Questi fatti erano conosciuti da molto tempo, ed i medici antichi dicevano con Sydenham, Giu. Quarin che essa era degenerata o si era trasformata in altra malattia. Qualunque sia l'interpretazione, il fatto è costante, e non deve essere dimenticato; esso dovrà condurre il medico ad esaminare tutti i giorni gl'organi principali, per sorprendere nella loro comparsa quelle malattie consecutive, che costituiscono forse il pericolo principale, ma che possono, in alcuni casi essere piuttosto una crisi felice della febbre, come spesse volte avviene, che un movimento febbrile, dopo aver resistito in modo intenso, si estingue alla comparsa d'una flemmasia benigna, come una tonsillite, una macchia erisipelatosa ec.

Il modo della invasione della febbre deve anche fissare l'attenzione del medico, ed importa sopra tutto conoscere se la febbre è stata o pur no preceduta dal freddo; imperciocchè quantunque questo sintoma sia comune alla maggior parte delle malattie febbrili, pur tuttavia, la maggiore o minore intensità dello sviluppo febbrile continuo, è cosa interessantissima a sapersi, mentre il Signor Louis ha conosciuto che i freddi erano generalmente più intensi e più frequenti nelle malattie gravi che nelle malattie leggieri. Nè vecchi, a causa del predominio delle flemmasie polmonali, e del numero minore delle altre malattie acute febbrili, relativamente agl'adulti, si dovrà per conseguenza temere più specialmente lo svolgimento d'una polmonia, osservando una febbre intensa, che sarà stata preceduta da freddo violento.

La febbre, una volta sviluppata, e mantenendosi in modo continuo per molti giorni, spesso facendosi più grave, avendo oltrepassato la durata ordinaria della febbre efimera semplice o prolungata, e del periodo dell' invasione delle febbri eruttive, nel nostro clima e nello stato di salute abituale, se non ancora può essere circoscritta, farà supporre che il movimento febbrile è sintomatico di qualche flemmasia latente, o che esiste una febbre tifoidea, una febbre eruttiva anomala, un' infezione purulenta, o finalmente, e questa dev' essere la supposizione la meno probabile, se la febbre conta sette o otto giorni non esistere altro che uno stato generale, il quale presto finirà o darà luogo allo sviluppo di qualche flemmasia.

L' idea dell' esistenza d' una infiammazione latente in qualche organo, deve la prima presentarsi alla mente; benchè è cosa rara osservare flemmasie viscerali le quali, risvegliando una febbre viva, possino rimanere occulte sino al quinto, al settimo ed anche sino all' ottavo giorno, senza che alcun segno locale più o meno caratteristico le determini. Non mancano però esempi, come osserva Chomel, d' infiammazione dell' utero o delle sue pertinenze, del peritoneo o del tessuto cellulare circostante, sopra tutto dopo il parto, le quali risvegliano un moto febbrile, il di cui punto di partenza difficilmente può essere determinato; quantunque le condizioni degl' infermi fossero tali, da richiamare l' attenzione del medico sopra il punto affetto. Ciò si osserva pure nella flebite spontanea ed in quella che, venuta in seguito d' una contusione, appena avvertita dall' inferma, ed ignorata dal medico, può come abbiamo osservato, suscitare una febbre intensa per lo spazio di otto o dieci giorni, senza poterne dare alcuna spiega, fin tanto che i brividi irregolari, i molteplici accessi, ed altri accidenti, ma meno caratteristici di questi ultimi, non manifestino l' origine della febbre.

Questi casi non sono sì frequenti; e solo nel petto si troveranno le cause di questi moti febbrili, sintomatici dell' alterazione d' un solido senza poterne determinare la sede. In fatti, questa febbre continua, della quale s' ignora il punto di partenza, può riconoscere come causa la pericardite, la pleurite, ma prima di tutto una polmonite, la quale, da prima centralizzata, sfugge poi a qualunque mezzo d' investigazione. Questa causa si deve supporre, e quindi indagarla accuratamente, qualunque siasi l' età dell' individuo; e divverà più probabile, quando trattasi d' un vecchio. Moltissimi fatti, meglio descritti nel mio *trattato sulla polmonite* lo hanno dimostrato.

Confesso che questo ragionamento, vale soltanto pel nostro paese; poichè le idee che ò sviluppate, e possono applicarsi presso di noi, non sono così vere nelle altre contrade dove si osservano molte altre malattie febbrili, come il *typhus fever* in

Inghilterra, la febbre gialla in America, la peste in Oriente, ec, affezioni le quali, ne' paesi, di cui è parola, devono essere anticipatamente distinte, mediante una diagnosi ben determinata. Questo principio è applicabile ne' luoghi paludosi, posti nelle latitudini più meridionali, come la campagna di Roma, della Grecia, dell' Algeria, dove il medico deve sempre diffidare dell'apparato febbrile continuo, semplice o complicato ad accidenti perniciosi, il quale si manifesta durante l'epidemia delle febbri intermittenti e remittenti.

Illo supposto ben anche che questi movimenti febbrili potrebbero dipendere da una febbre eruttiva anomala, sia che il periodo dell'invasione si prolungasse (cosa eccessivamente rara) sino al sesto, o settimo giorno, sia che l'eruzione mancasse completamente, o piuttosto fosse scomparsa dopo una durata effimera. Intanto, in simile occorrenza, molto vantaggio potrà aversi dal carattere delle malattie regnanti, come pure da' sintomi dello sviluppo, che lo sono stati quelli della rosolia o della scarlattina.

Nelle circostanze in cui ci supponiamo collocati, una febbre violenta continua, che dura più di sei, sette o otto giorni, senza poterla spiegare in verun modo, farà ciò sospettare una infezione putrida. Ma mancando i sintomi caratteristici, bisogna allora indagare se l'individuo, per la natura delle sue occupazioni, avesse potuto contrarre qualche contagio di natura settica, come spesso si osserva negli anatomici, ne' veterinari, ed in quelli che medicano i cavalli travagliati dal moccio.

Fin qui mi sono solamente occupato della forma acuta del movimento febbrile; ma quello che può esistere nello stato cronico, deve, in quest'ultimo caso, risvegliare l'idea d'una malattia nascosta, d'una suppurazione delle parti molli, o delle ossa, e spesso l'esistenza de' tubercoli polmonari (Vedi *febbre etica*).

La febbre continua può avere, come le altre malattie un periodo di aumento, di stato e di declinazione: spesso offre anche raddoppiamenti, che succedono quasi sempre la notte. Questi raddoppiamenti raramente preceduti da brividi, non indicano, almeno ordinariamente, che la causa produttrice della febbre avesse progredito; essi corrispondono solamente alle rivoluzioni diurne. Spesse volte la febbre, rimasta stazionaria per qualche tempo, ed anche nel suo declinare, ripiglia bruscamente, o per gradi una novella energia; ciò che potrebbe indicare una complicanza infiammatoria, una recrudescenza della malattia, delle quali la febbre forma il sintoma, o pure il passaggio della malattia ad una novella fase, caratterizzata da qualche cambiamento nello stato organico. Questo raddoppiamento istantaneo della febbre si osserva nella flegma, quando l'infezione del sangue si

*

opera ; o pure nel vaiuolo all' epoca della suppurazione delle pustole , per l' assorbimento del fluido che vi si contiene. D' altronde , la considerevole diminuzione della febbre , non indica necessariamente che la mattina migliora o finisce ; ma spesso volte indica il suo passaggio da un periodo all' altro ; ciò che si osserva nelle febbri eruttive , nelle quali i sintomi della reazione diminuiscono considerevolmente nel momento della eruzione , o poco dopo. In altri casi , la febbre si mantiene , benchè la malattia locale , della quale la febbre sembra essere il sintoma , sia diminuita o completamente cessata. Questo fenomeno , benchè raro , è molto rimarchevole nel reuma articolare.

Vedremo ancora , che la febbre potrà essere di grande utilità per la diagnosi , escludendo qualunque circostanza , ed avendo solo riguardo al suo tipo. Così si potrà stabilire come regola generale , che nella più parte de' casi , il movimento febbrile continuo è sintomatico di qualche flemmasia ; mentre il movimento intermittente è quasi sempre essenziale , cioè indipendente da qualunque manifesta alterazione materiale.

Della febbre come elemento del pronostico. La febbre , quando è di breve durata e non ligata a qualche lesione grave de' solidi o de' liquidi , è di nessun pericolo ; mentre prolungandosi , può esser causa di lesioni più o meno profonde di molti visceri , le quali , pel numero e l' estensione , sono proporzionate all' intensità ed alla durata del movimento febbrile. Questa importante legge patologica è dovuta al Signor Louis , il quale , avendo indistintamente esaminato tutti gl' organi d' individui morti per causa d' una malattia febbrile qualunque , à osservato che la membrana mucosa delle vie digestive era rammollita nel maggior numero di casi. Noi pure abbiamo dimostrato nel *Trattato della polmonite* , che la febbre era , con la debolezza , la causa più ordinaria delle polmoniti , che spesso sopravvengono nel corso delle malattie febbrili ; ed abbiamo pure conosciuto tutta l' esattezza delle osservazioni del Signor Louis relativamente all' influenza , che , un moto febbrile intenso più o meno prolungato , esercita sullo svolgimento di altre lesioni secondarie , sopra tutto nella mucosa gastro intestinale. Rare volte si osserva che un movimento febbrile acuto , eccitando la forza medicatrice della natura , determini la guarigione spontanea delle malattie inveterate , ostinate sin' allora a tutti i mezzi curativi. Pertanto Boerhaave , Baglivi , e Hoffmann , Strack , Welhof , Pujol , Dumas , ec , rapportano de' casi d' ingorghi cronici , di affezioni dolorose , di nevrosi , di alienazioni mentali , guarite dietro un movimento febbrile di breve durata. Questi casi sono rarissimi , ed affatto eccezionali. D' altronde Dumas e Pujol , non ànno potuto provare , secondo noi , l' utilità della febbre nelle malattie croniche ; perchè nel travaglio

di questi due celebri medici si osservano pochi fatti precisi, e moltissime assertive fondate su false interpretazioni. Perciò Pujol, nella sua memoria presentata all' accademia reale di medicina di Parigi, confonde sempre la febbre col semplice eccitamento organico; per esso, i tonici, la ginnastica, la dieletica, i bagni, le docciature, i topici risolvanti e fondenti, i quali guariscono certe malattie croniche, non agirebbero che provocando un movimento febbrile; ciò è manifestamente contrario alla giornaliera osservazione.

La febbre, in molti casi, è un accidente di poca importanza, e di nessun pericolo, quando è di breve durata, e non è ligata ad alcuna alterazione grave de' solidi o de' liquidi: non è così però quando il movimento febbrile è violento o si prolunga, perchè la sua intensità è quasi sempre in rapporto coll' estensione e gravità delle alterazioni organiche; in guisa che la considerazione del grado della febbre costituisce, nella maggior parte de' casi, il mezzo più sicuro per misurare la gravità della malattia. Allo sviluppo del movimento febbrile, è cosa difficile, ed anche impossibile poter calcolare quale sarà la durata, e stabilire se si manterrà ne' limiti della febbre effimera, o pure li oltrepasserà. Il medico deve esser riservato sul pronostico, potendo difficilmente calcolare il grado della malattia per la semplice considerazione de' sintomi prodromi o iniziativi. Così, qualche volta ad una febbre benigna, succedono dopo alcuni giorni accidenti terribili; e ciò avviene in certe febbri tifoidee; ed altre volte, dopo un apparato febbrile intenso, istantaneamente sviluppato ed accompagnato da sintomi minacciosi, si osserva sopravvenire una malattia benigna; e ciò frequentemente si accade nelle febbri eruttive, e sopra tutto nell' eruzioni vaiuolose.

Bisogna sempre tener conto dell' accidente febbrile nel pronostico; poichè spesso domina tutti gl' altri sintomi. Così, quando in una malattia acuta, la febbre si aggrava; diminuisce ed anche annulla le speranze che si concepivano della diminuzione o cessazione di altri accidenti terribili. Per esaurire tutto ciò che ne penso a questo riguardo, dirò, che quando vi è discordanza fra la febbre ed i sintomi locali; allora, quando questi diminuiscono, e la febbre si mantiene la stessa, bisogna, in caso di malattia grave, essere circospetti sul pronostico, ed inquieti sull' esito della malattia, quando i sintomi locali si migliorano, e la febbre si aggrava notabilmente.

La febbre però non deve essere il solo elemento per il pronostico; in fatti, bisogna tener conto, nel giudizio che si dà, di tutte le circostanze concomitanti; spesso bisogna ricorrere a queste, per valutare la confidenza che si ha nella diminuzione del movimento febbrile, che si osserva in alcuni stati gravi dell' economia. Così; in certe forme di febbri tifoidee, ed anche

nell' ultimo periodo delle flemmasie dell' età giovanile , si osserva che il polso perde la sua frequenza , e la pelle il suo calore , sino a dire che vi è apiressia ; ma se si osserva nello stesso tempo che tutti gl' altri sintomi si aggravano , ed esiste il collasso ; non solo si potrà esser sicuro ; ma bisognerà dare un pronostico tristo , e predire la pessima morte. Osserviamo ancora , che quando trattasi di stabilire la diminuzione della febbre ed apprezzarne il valore , è necessario che vi sia accordo tra il calore e la frequenza del polso ; sintomi che abbiamo stabiliti come quelli che caratterizzano soprattutto lo stato febbrile. In fatti , non si potrà esser sicuri se , diminuendo il polso, la cute rimane calda ed arida, o se, umettandosi ed essendo meno bruciante , il polso raddoppia di frequenza.

Bisogna pure tener presente la causa , per dare il pronostico della febbre ; e quando in una febbre continua , la causa è affatto ignorata , è cosa pessima. Inoltre , due febbri di eguale intensità , avranno un pronostico diverso , a seconda della causa che le à suscitate , e che le sostiene. In fatti , quale differenza tra un movimento febbrile sintomatico d' una resipola circoscritta ad un membro , ed uno stato febbrile d' eguale intensità provocato da una flebite , una peritonite ed anche una polmonite ! Ma diciamo pure , che la febbre quando trovasi a tale grado d' intensità , in modo che il polso oltrepassa le 120 pulsazioni , qualunque possa esserne la causa , è sempre un segno tristo.

Non potendo per tanto stabilire , a questo soggetto , una regola assoluta ; in generale però può dirsi che il tipo continuo è più pericoloso del tipo intermittente , e quando nelle piressie di quell' ultima specie , la febbre si avvicina più alla continuità , il pronostico è più pericoloso. L' apparato febbrile cronico è generalmente più pericoloso della febbre acuta , perchè quello , come abbiamo veduto , è sempre legato alle alterazioni gravissime e che ordinariamente sono mortali. Il pronostico sarà dunque necessariamente sottoposto alla natura dell' alterazione organica , ed alla facilità colla quale quest' alterazione potrebbe essere distrutta o diminuita.

In generale la febbre è più pericolosa ne' due estremi della vita , meno forse per se stessa , che per la gravità che acquistano la più parte delle malattie febbrili , ne' ragazzi e ne' vecchi. Però ne' ragazzi , specialmente in quelli che anno oltrepassato l' età di cinque o sei anni , alla comparsa d' una febbre intensa , non bisogna dare un pronostico grave , mentre a quest' età , si osservano accessi febbrili violenti con agitazione , delirio , sonnolenza , i quali scompaiono dopo dieci , o venti quattr' ore. Giova pure tener presente , pel pronostico , che una flemmasia d' eguale intensità cagiona più febbre e maggior nu-

mero di trambusti simpatici nel fanciullo, che nel adulto; più nell'adulto che nel vecchio, nel quale gl'organi più importanti colpiti dalle alterazioni le più profonde, si risentono appena su gl'altri apparecchi. Da ciò quel gran precetto di medicina pratica, cioè, che ne' vecchi meritano grandi considerazioni i menomi disturbi, sopra tutto quando esiste la febbre; poicchè una grave malattia, spesso, sembra appena una leggiera indisposizione.

Cause della febbre. — Senza tener conto di tante chimere, che gl'antichi medici ingenerarono, per spiegare le cause della febbre; ci facciamo a dire, che nel maggior numero de' casi esse sono ignorate; se bene, come abbiamo detto, spesso si rinviene la ragione del movimento febbrile nella esistenza di una flemmasia, d'un'alterazione funzionale di qualche organo, di quella del sangue per causa di diverse sostanze, ec. S'ignora però, e forse s'ignorerà sempre il modo con cui queste cause agiscono per eccitare il movimento febbrile; in una parola, non possiamo conoscere il ligame che unisce la causa all'effetto; e quindi tutte le spiegazioni date sono ridicole, o d'impossibile dimostrazione, perchè potessero occupare i spiriti elevati.

Della febbre sotto il rapporto terapeutico. — La febbre per se stessa non indica alcuna malattia determinata; e potendo essere l'espressione di diverse sofferenze, non deve essere l'unica sorgente delle indicazioni; nè può dirsi che essa comandi in modo assoluto alcuna medicatura, o che ne contro indichi alcuna. Quindi gl'antiflogistici, gl'evacuanti, i rivulsivi, i tonici, gli eccitanti diffusivi, gli antispasmodici, possono essere indicati, secondo i caratteri della febbre, ed il predominio di tale o tale sintoma. In fatti, la febbre non sempre si modera portando l'azione diretta sulla principale malattia, e sul sistema circolatorio; ma combattendo un sintoma, o uno stato organico accidentalmente predominante. Così, in certe malattie febbrili complicate a disturbi nervosi considerevoli, con gl'antispasmodici, calmando questi, si modera la febbre ancora; come pure si vede un apparato febbrile, qualunque sia la causa, correggersi dietro l'azione d'un emetico o un purgativo, quando l'indicazione di evacuare lo stomaco o gl'intestini era preciso o predominante. Finalmente in questi stati gravi dell'economia, ove vedesi prostrazione di forze, e quando la vita è sul punto di spegnersi, dimenticando allora la natura della malattia primitiva, si obedisce solo a quella indicazione, che gli antichi chiamavano *indicazione vitale*; amministrando i tonici, si vede, siccome le forze si rialzano, che il polso perde la sua frequenza e la pelle la sua aridità.

La febbre, può di per se, per i suoi caratteri, il suo aspetto, la sua natura, determinare la scelta de' rimedi, come

osservarsi nelle febbri intermittenti, che a primo aspetto indicano la china; ma non per tanto non si dovranno allora consultare le altre indicazioni, che lo stato organico offre, e che possono, se non contro indicare l'amministrazione dello specifico, almeno posporne l'uso, per così combattere certe complicazioni, che sarebbero di ostacolo a' suoi buoni effetti. Ciò è applicabile solamente a' casi benigni; mentre quando vi è pericolo di vita, non bisogna aver presente che la periodicità, e darsi cura solamente di essa; prevenendo o diminuendo l'accesso mediante il solfato di chinina, amministrato a dose generosa. Nella febbre continua vi sono tali circostanze in cui il medico non deve occuparsi che de' caratteri dello stato febbrile: per esempio, se la febbre è infiammatoria, il necessario è di moderare il movimento circolatorio, mediante le cacciate di sangue; poco curando la causa produttrice, e lo stato di tale o tal funzione.

Nell'applicazione de' rimedi attivi indicati contro la febbre, bisogna regolarsi piuttosto col polso che con lo stato della pelle. Intanto in alcune circostanze, il calore vivo e secco della cute, considerato isolatamente, spinge il medico ad usare tali mezzi, che sembrano esserle contrari; così le lavande fresche acidulate ed i bagni tepidi, sì utili in molte malattie febbrili, i quali impiegati nelle condizioni supposte, rendono la pelle cedevole, ne moderano il calore, e spesso diminuiscono la frequenza del polso.

La febbre è sempre un male, e come tale, di qualunque forma, o di qualunque natura essa sia, bisogna guarirla o almeno diminuirla il più presto possibile; nè sapressimo per conseguenza approvare la pratica di alcuni medici moderni; pratica di molti medici del secolo passato, i quali, sostenuti dall'autorità di Boerhaave, consigliavano di non troncane le febbri intermittenti prima del settimo giorno, quando non compromettevano la vita degl' individui. Nè giova insistere, per dimostrare quanto perniciose siano state alla terapeutica delle malattie le idee di Sydenham sulla pretesa utilità delle febbri continue, nello scopo di favorire, di avanzare la cozione, secondo questo gran medico; lasciando così la febbre in tutta la sua forza, sino a che la vita dell' individuo non fosse minacciata; perdendo, coll' aspettativa, l'epoca, in cui poteva più facilmente, con una medicatura attiva, imprimere alla malattia una felice direzione. Avendo contrastato l'utilità della febbre, concludiamo che non bisogna mai provocarla. In alcuni casi però si cerca di rianimarla con gli eccitanti diffusivi, con i rubefacienti applicati sulla pelle, quando, in un esantema bruscamente scomparso, si manifestano accidenti pericolosi. A parer nostro, questi mezzi impiegati in simili casi sono utili; ma a giscono piuttosto attivan-

do la pelle, anzi che imprimendo alla febbre un maggior grado di energia, cosa che noi crediamo perniciosa anzi che utile.

2. Delle Febbri

Facendoci a considerare quali sono le circostanze in mezzo alle quali la febbre si sviluppa, si vedrà (e questa distinzione da noi fatta conta pure molti secoli) che, nella maggior parte de' casi, il movimento febbrile non è che un sintoma, uno stato consecutivo di altre alterazioni diverse, specialmente delle flemmasie. Altre volte poi la febbre sembra esistere da se, mancando affatto qualunque alterazione materiale palpabile de' solidi o de' liquidi, che potesse spiegarla. In una parola, se nel primo caso la febbre forma solamente uno degl' elementi della malattia; nel secondo sembra costituire la malattia intiera. Ciò non pertanto si è veduto coesistere con queste febbri diverse alterazioni dei solidi e de' liquidi; ma queste alterazioni, sono quasi sempre consecutive al movimento febbrile; e non saprebbero per conseguenza spiegarlo; tali sono il vainolo, la rosolia, la scarlattina, e la stessa affezione tifoidea. Le malattie dunque nelle quali lo stato febbrile stabilisce l'elemento essenziale, ed il solo determinato, le malattie febbrili che non riconoscono alcuna alterazione locale primitiva, essenzialmente ligata ad esse, sono quelle, che per noi costituiscono la classe delle febbri. Il loro numero, altre volte considerevolissimo, si è diminuito di molto a misura che i movimenti febbrili semplicemente *consecutivi* o *sintomatici*, sono stati distinti da quelli che erano *primitivi* o *essenziali*.

Broussais e la sua scuola caddero in un grande errore, quando pretesero spiegare tutti i stati febbrili dipendenti da lesioni determinate di qualche organo, e proposero così di escludere dal quadro nosologico tutte le febbri, per formarne tante affezioni sintomatiche. Questa dottrina, per difender la quale Broussais spiegò un talento prodigioso, trasse in inganno la maggior parte degli spiriti, i quali furono trascinati, senza esser convinti: così, ebbe luogo, dopo alcuni anni, una reazione in favore delle antiche dottrine, ed i medici ammisero di bel nuovo una classe di malattie febbrili, senza alterazione locale costante e primitiva. Per essi siccome per gli antichi, la febbre, in questi casi era considerata come essenziale. Questa parola essenziale, che ha risvegliato interminabili dispute, non deve significare che la febbre esiste di per se, che essa non costituisce che un perversimento o un' alterazione del principio vitale; ma noi intendiamo con questa parola, che una lesione qualunque certamente esiste come punto di partenza della malattia; ma è da noi ignorata tanto per la natura quanto per la sede. La parola

dunque essenziale esprime, se mi è permesso dirlo, o la nostra ignoranza o una lacuna della scienza; ma non reca pregiudizio affatto alla causa produttrice o sostenitrice della febbre.

Le febbri, siccome le comprendiamo noi, in questo luogo, formano una classe importante di malattie rimarchevoli per alcuni fenomeni particolari, che le distinguono dagli altri gruppi di malattie febbrili; particolarmente dalle flemmasie colle quali sono state lungo tempo confuse. Così le febbri sono primitivamente generali; e ciò vien dimostrato dalla impossibilità in cui si è di poterle legare ad una lesione locale. Se in molte di esse si trova una lesione costante, questa, come lo abbiamo molte volte dimostrato, è sempre consecutiva al movimento febbrile, e non può spiegare, d'altronde, l'estensione, la gravità e la generalità de' sintomi. Le febbri sono notabili per la durata de' prodromi, per le cause produttrici, che per lo più sono il contagio o l'infezione. Finalmente in questi ultimi tempi, i signori Andral e Gavarret hanno trovato nell'analisi del sangue nuovi caratteri distintivi: e l'analisi chimica ha fatto conoscere a questi autori che, nelle febbri, supponendole libere da qualunque complicazione infiammatoria, la fibrina non si aumenta mai; spesso rimane nella quantità normale (3) 1000 in media proporzione, e qualche volta diminuisce sino a non trovarsi in alcun'altra malattia acuta. Nelle flemmasie al contrario, vi è aumento costante e spesso notevole della fibrina (vedi *infiammazione*); il sangue è ancora cotennoso, mentre questo carattere manca nella piressia; poichè in queste malattie, supposte sempre senza complicazione infiammatoria, due soli casi, come dice Andral, possono aver luogo, cioè, o che la fibrina è mantenuta la sua proporzione normale, o pure à subito una diminuzione più o meno notabile.

La diminuzione della fibrina, quantunque frequentissima nelle piressie, non esistendo necessariamente in alcuna di esse, è inutile il dire, che non si saprebbe far consistere in quest'alterazione del sangue il punto di partenza di questa classe di affezioni. Quest'alterazione, siccome lo crede Andral, probabilmente non è altro che una lesione secondaria analoga a quelle che s'incontrano frequentemente ne' solidi, e che, come queste ultime, può esser causa di novelli accidenti. In fatti, per quella distruzione della fibrina, si spiegano la tendenza all'emorragie passive, e la facoltà colla quale si producono le congestioni viscerali, che formano due ordini di accidenti, i quali frequentemente si rinvengono nelle piressie gravi. Aggiungiamo in oltre che questa diminuzione di proporzione nella fibrina costantemente coincide colla manifestazione di questi sintomi gravi, che il vitalismo attribuisce all'adinamie, il solidismo al rilasciamento della fibra, l'umorismo alla putredine degli umori (An-

dral). In questo caso il sangue tirato dalle vene durante la vita si coagula lentamente: il suo grumo largo, senza ombra di co-tenna , è molle , facilmente s' infrange e si divide , alla menoma pressione in una quantità di grumi , che nuotano in un siero rossastro.

Divisione delle febbri. — Le classificazioni delle febbri proposte da' piretologi, sono state le più arbitrarie. Le cause vere o presunte della malattia, la sua sede, e la sua natura, quasi sempre ipotetiche ; il suo andamento , la sua durata , ed il predominio di tali o tali sintomi , sono state le circostanze principali che hanno servito a fare , nello studio delle febbri , numerose divisioni, e quasi tutte senza alcuna importanza.

La considerazione del tipo delle febbri serve a stabilire una divisione naturalissima ed importante, che si trova espressa ne' libri ippocratici. Quiudi, se il movimento febbrile persiste senza interruzione , la febbre è stata chiamata *Continua*, se cessa per ricomparire a regolari intervalli , allora la febbre si dice *intermittente* , se finalmente , di forma continua , la febbre presenta esacerbazioni periodiche , si dice *remittente*.

In tutti i tempi , i medici hanno distinto molte specie di febbri continue , ed hanno fondato le loro divisioni specialmente su i loro caratteri predominanti , o sull' idea che si formavano delle cause e la natura della malattia. Da ciò hanno avuto luogo le divisioni delle febbri continue in adinamica ed atassica, in infiammatoria , biliosa, mucosa, putrida, maligna, ec. Queste divisioni arbitrarie delle quali , Pinel , tra gl' altri, gravò la piretologia , hanno fatto retrocedere di qualche passo la scienza , ed arrestato la tendenza che avevano gli spiriti, dopo Chirac, di fondere le febbri continue. Pinel esercitò un tale impero su i suoi contemporanei, in modo che i signori Petit e Serres avendo descritto , nel 1813 , le lesioni intestinali caratteristiche della febbre tifoidea , credettero aver scoperta una novella malattia , essenzialmente distinta dalle febbri adinamica ed atassica di Pinel , alle quali lasciarono una esistenza separata. Broussais , dopo alcuni anni , spinto da un sentimento istintivo piuttosto, che da un convincimento attinto nella esatta osservazione , cercò di operare la fusione delle febbri continue , e le centralizzò nel tubo digestivo , come lo prova il nome di *gastroenterite* che loro impose. Questo nome era per se stesso un errore , poichè supponeva una gastrite , che raramente esiste ; d' altronde , con questa nomenclatura , Broussais confondeva molte malattie differenti , senza capire i caratteri distintivi della febbre tifoidea. Tale era lo stato della scienza, quando nel 1829 videro la luce le ricerche del signor Louis, il quale stabilì da prima la fusione di tutte le febbri continue gravi di questo clima in una sola, la febbre tifoidea. La dimostrazione di questa gran verità è una delle più belle

conquiste della medicina contemporanea; essa ha operato una vera rivoluzione nell' antica piretologia, poichè ha fatto vedere, che le febbri continue gravi, si dissimili in apparenza, e da tutti considerate come malattie distinte, nel fondo non erano che malattie identiche e della stessa natura, costituenti una sola affezione, che poteva manifestarsi, secondo le circostanze, sotto varie forme. (Chomel e Genest). Intanto la febbre tifoidea comprende solamente le forme gravi delle piressie ammesse anticamente: mentre per completare la conoscenza delle febbri continue di questo clima, bisogna ammettere ancora altre specie di piressie, quali sono le febbri *efimera* ed *infiammatoria*. Intanto in alcune regioni del globo, la febbre tifoidea non comprende più tutte le specie di piressie gravi, che si osservano; e quindi il *tifo febbre d' Irlanda*, la *febbre gialla*, la *febbre biliosa* de' climi caldi e la *peste* d' oriente, sono febbri continue speciali e distinte dall' affezione tifoidea. Finalmente, esiste ancora da pertutto un genere di febbri continue, distinte per l' andamento speciale, invariabile, e per l' eruzione speciale della pelle, che costituisce la loro caratteristica lesione. Queste sono le febbri eruttive. Tutte le precedenti specie di febbri sono affezioni essenzialmente acute, ma non si potrebbe negare l' esistenza d' un certo genere di febbri di andamento cronico, conosciuto sotto il nome di febbre *etica*, genere molto circoscritto a' giorni nostri, e rarissimamente osservato dopo d' aver provato che la febbre cronica è quasi sempre sintomatica d' una lesione organica.

Indipendentemente dalle febbri eruttive, che formano una classe a parte, non ammettendo pel nostro clima che tre specie di febbri continue, l' *efimera* cioè, l' *infiammatoria* e la *tifoidea*, io non nego che in pratica si osservano frequentemente stati febbrili impossibili a potersi classificare nelle specie precedenti. Questi stati febbrili, ne' quali predominano i trambusti degl' organi digestivi che caratterizzano la forma mucosa, o biliosa dell' imbarazzo gastrico, offrono una fisionomia speciale; perciò pensai di studiarle a parte, e seguendo l' esempio de' nosografi posteriori a Pinel, ho voluto stabilire una febbre *gastrica* o *biliosa*; ma consultando i piretologi più celebri, comprendendoci lo stesso Pinel, mi son convinto che niente era più oscuro e più ipotetico quanto la dottrina delle febbri biliose. Leggendo quindi la relazione che Stoll diede di queste febbri, che egli collocò nel primo posto delle febbri annuali, si trova un insieme di sintomi i più dissimili, senza rintracciare i caratteri d' una malattia ben distinta. Stoll sembra conoscerlo egli medesimo, quando confessa di aver osservato poche malattie che avessero una fisionomia così variabile; poichè, dice egli, cambia di carattere non solo ne' diversi anni, ma ancora nella stessa

costituzione regnante. Quest' apparente mobilità dipende alcune volte dal perchè i medici antichi, i quali non giudicavano le malattie che dalle loro forme esteriori, aveano riunito in un medesimo gruppo affezioni dissimili. Ciò spiega la quasi unanimità degli autori moderni per escludere l' esistenza delle febbri biliose o gastriche, gli uni facendo dipendere questo stato morboso dalla gastrite, dall' epatite, dalla gastro-duodenite; gl' altri volendo farne una varietà della febbre tifoidea. Intanto l' opinione de' primi non è giustificata nè da' sintomi, nè dall' andamento della malattia, nè da' risultati terapeutici. Coloro i quali han fatto della febbre biliosa una varietà della febbre tifoidea, hanno dato una opinione vera, ma un poco troppo esclusiva. In fatti, è cosa incontestabile che bisogna rannodare alla dotthienenterite, alla lesione de' follicoli e de' gangli mesenterici, tutte queste malattie gravi descritte sotto il nome di *febbri biliose*, le quali si son vedute regnare in gran numero in tutti i tempi, specialmente nell' ultima metà del secolo XVIII. Questo convincimento sarà facile leggendo, per esempio, la relazione di Tissot sulla epidemia di Losanna, del 1755; quella di Merlens, sull' epidemia di Mosca, nel 1769; e finalmente quella di cui Finke è stato l' istorico, e che regnò nel Tecklembourg dal 1776 al 1780. La febbre tifoidea intanto non può spiegare tutti i stati febbrili con predominio di sintomi biliosi, che si osservano in questo paese; o piuttosto essa spiega solamente i casi gravi, ma non saprebbe comprendere i casi leggieri, quelli cioè, che cedono ad un metodo di cura convenevol; dopo due o tre giorni, e al più tardi dopo dieci giorni. Questi casi debbono poi esser collocati nel numero delle piressie essenziali? o meritano piuttosto di esser considerati come stati febbrili sintomatici d' un patema dello stomaco, o delle vie biliari, la di cui natura è tuttavia indeterminata? La cosa mi sembra incontestabile; poichè questi disturbi gastrici esistono frequentemente senza febbre; e questa, quando sopravviene non è che un epifenomeno, un atto accessorio, che d' altronde è talmente sotto la dipendenza dello stato morboso delle vie digestive, che cessando questo, all' istante il movimento febbrile diminuisce, e spessissime volte scompare. Tutte queste considerazioni mi hanno impedito di ammettere, per questo paese una febbre gastrica o biliosa, e lo stato morboso che potrebbe ricevere questo nome, sarà più convenevolmente collocato nelle malattie speciali dello stomaco, all' articolo *imbarazzo gastrico*.

In riassunto, abbiamo provato esistere una classe di malattie che deve avere il nome di febbre; ne distingueremo cinque generi diversi, cioè:

Primo genere — La *febbre continua* propriamente detta, che comprende sette differenti specie, cioè: la *febbre efimera*,

la *febbre infiammatoria*, la *febbre tifoidea*, il *tifo d' Europa*, la *febbre biliosa* de' paesi caldi, la *febbre gialla* ed il *tifo di oriente*.

Il *secondo genere* comprende le febbri eruttive, *vaiuolo*, *varioloide* e *varicella*, la *rosalia*, la *scarlattina*, e la *febbre miliare* (*suette miliaire*).

Il *terzo genere* si compone delle febbri intermittenti *benigne*, *perniciosa* ed *anomala*.

Nel *quarto genere* sono comprese le *febbri remittenti* e *pseudo-continue*, che potrebbero, a rigore, considerarsi come una semplice varietà o un sotto genere delle intermittenti.

Nel *quinto genere* finalmente, si trovano le febbri *etiche*, *lenti* o *croniche*.

PRIMO GENERE DI FEBBRI

DELLE FEBBRI CONTINUE

DELLA FEBBRE EFIMERA

Si chiama *febbre efimera* un movimento febbrile più o meno intenso, che termina generalmente, dopo ventiquattr' ore di durata, mediante qualche evacuazione o qualunque altro movimento critico.

Sintomi, Corso. La febbre efimera assale per lo più bruscamente; il suo sviluppo è qualche volta marcato da un brivido leggiero, tosto seguito da calore; il volto è rosso, animato; ma naturale; vi è cefalalgia, lombagine, dolori ottusi nella membra; la pelle è calda, ma grata al tutto; il polso più o meno grande e frequente; la sete è viva, la lingua bianca e larga: vi è mancanza d'appetito, di secrezioni, e di coliche; l'urina è scarsa e rossa. L'esplorazione delle cavità addominali e della superficie del corpo non fa scovrire alcuna lesione in nessuna parte, che potesse spiegare il movimento febbrile che si osserva. In una parola manca qualunque sintoma grave. In alcune persone irritabili però, e specialmente nelle donne e nei ragazzi, si può osservare un poco di delirio o di agitazione durante il periodo il più acuto della malattia. I signori Beequerel e Rodier, avendo avuto occasione d'esaminare cinque volte il sangue degl'individui colpiti da febbre efimera, hanno trovato che questo sangue poteva essere affatto nello stato normale, o presentare solamente un aumento leggiero de' globetti e dalla coestrina.

Dopo aver resistito con qualche violenza per sei, dodici o diciott' ore, si vede quasi sempre diminuire la febbre d'intensi-

tà, poi finire affatto dopo ventiquattr' ore; spesso accade di vederla durare al di là di questo termine, e non risolversi, che alla fine di due o tre giorni. Acquista allora il nome di *febbre efimera protrattata*. Quando ciò avviene, si osserva, che gl'accidenti febbrili, arrivati dopo alcune ore al più alto grado d'intensità, diminuiscono progressivamente, qualche volta poi aumentano sino all'ultimo giorno. In quest'ultimo caso, si osserva generalmente la sera o durante la notte un raddoppiamento nella febbre, nella cefalalgia, e nel mal'essere generale.

La ripristinazione della salute succede, spesso senza alcun notevole cambiamento nelle secrezioni; ordinariamente però la febbre diminuisce alla comparsa d'un sudore più o meno considerevole, e che manda spesso un odore spiacevole; altre volte i malati mandano urine color mattone, torbide, o pure succedono tre o quattro scarichi vertrali di materie gialle e fetidissime; finalmente si manifesta un'eruzione di vescichette erpetiche alla superficie cutanea delle labbra, e questa è una delle crisi le più frequenti.

Generalmente vi è poca o affatto convalescenza; in fatti, la febbre appena caduta, l'appetito si manifesta insieme con le forze. Vi sono però individui, ne' quali la diminuzione della persona e delle forze sta in ragione inversa della malattia che essi hanno sofferta; ed allora spesse volte la completa guarigione richiede molti altri giorni di riposo e di regime. Ciò si osserva specialmente nelle giovanette puberi allorchè la febbre, coincidendo con lo sviluppo rapido del corpo, merita veramente il nome di *febbre di crescita*.

Certi individui van soggetti ogn'anno a molte recidive di febbre efimera; ma ciò accade solo ne' giovani; e questa disposizione diminuisce generalmente coll'età, e scompare verso il quarantesimo anno.

Diagnosi. — È spesso difficile di poter determinare, quando la febbre sviluppa, se essa sarà efimera, o se il malato prova un accesso di febbre intermittente. Se poi il freddo è leggiero, o se manca affatto; se la febbre non finisce dopo otto o dieci ore, ma si prolunga sino a diciotto, venti o ventiquattr'ore; se si è accesa sotto l'influenza di una delle cause che andrò ad esporre; probabilmente la malattia sarà una febbre efimera.

Pronostico. — Il pronostico non presenta alcuna gravità.

Cause. — La febbre efimera, è più frequente ne' fanciulli e ne' giovani; ordinariamente è prodotta da vive emozioni, dopo fatiche corporali; o pure succede all'impressione del freddo, agli errori dietetici, specialmente dietro l'abuso di liquori spiritosi. Lo sviluppo rapido del corpo all'epoca della pubertà, come già abbiamo detto, è causa frequente della febbre efimera. A ciascun'epoca della mestruazione, si risveglia nelle donne un simi-

le accidente. L'apparato febbrile che accompagna la determinazione della secrezione del latte nelle donne da fresco sgravate, può ancora giustamente considerarsi come forma di febbre efimera. La maggior parte delle cause però da me enumerate, in vece di suscitare una piresia, non producono spesso che una stanchezza, cioè una indisposizione caratterizzata da uno stato di mal' essere generale, mediante spossamento, ed alterazioni nella maggior parte delle funzioni, senza movimento febbrile. La stanchezza può essere qualche volta il prodromo della febbre efimera.

Cura.—Il riposo in letto, il digiuno, l'uso delle bevande diluenti o temperanti, sono i soli mezzi da impiegarsi. Se accade che, durante la convalescenza, i malati rimangono deboli, se l'appetito non ritorna; se gl'alimenti producono peso allo stomaco, se la lingua è sporca ed il ventre meteorizzato, converrà allora amministrarne un emeto-catartico o un semplice lassativo per veder prontamente scomparire questi accidenti.

DELLA FEBBRE INFIAMMATORIA O SINOCIA

Sinonimia.—Sinoclia semplice; *synochus imputris*; febbre ardente (Quarin); continente infiammatoria (Selle); — sanguigna (Sennert); — Settenaria (Plater); — irritativa (Hufeland); angiotenica (Pinel); Angio-Cardite (Bouilland); Angio-emite (Piorry); — infiammatoria (Giu. Frank, Chomel, ec.)

Chiamasi febbre *infiammatoria* o *sinoclia* una febbre continua non legata ad alcuna flemmasia manifesta, che rassomiglia molto alla febbre efimera, e che termina senza convalescenza alla fine del primo settenario, raramente più tardi.

Necroscopia. — Ho detto che la febbre infiammatoria non si accompagnava ad alcuna lesione manifesta de' nostri organi. Bouilland à però preteso, con Giu. Frank, che questa piresia consisteva essenzialmente in una infiammazione del cuore e de' grossi vasi. Questa opinione è fondata su fatti incompleti o malamente interpretati, e quindi da tutti esclusa. In fatti, come mai considerare di natura infiammatoria gli arrossimenti formati dopo la morte, e solamente prodotti dall'imbibizione dei tessuti? L'istoria anatomica della febbre sinoclia, siccome si trova ora nella nosografia del signor Bouilland, a vero dire, non è che un romanzo.

Sintomi. — Ordinariamente la febbre infiammatoria si manifesta all'improvviso, in mezzo ad una florida salute; qualche volta però è preceduta per un solo o più giorni, ed anche per molte settimane, da cefalalgia, sonnolenza, da torpore, perdita dell'appetito e da tutti i segni che accompagnano la pletora. Lo sviluppo della febbre è preceduto per lo più da freddo, ge-

neralmente leggiero e di poca durata ; a questo siegue il calore uniforme per lo più mite , piacevole e quasi abituoso ; il polso è più frequente , e rimarchevole per la sua durezza e grandezza ; volto animato , occhi rossi e lagrimanti ; ma la fisionomia conserva la stessa espressione ; manca la stupidizza , ed i malati rispondono alle domande che gli si fanno colla loro vivacità ordinaria. Manca la prostrazione di forze ; la pelle offre un color roseo ; le vene sottostanti sono tese e protuberanti ; tutto il corpo sembra cresciuto di volume. Questo stato di gonfierezza è principalmente notabile alla faccia , alle palpebre ed alle mani. Il malato è stanco ; si lagna di cefalalgia e di dolori ottusi nella membra e ne' lombi ; vi è sopore , o completamente sonno interrotto ; respirazione accelerata ; mancanza di appetito , sete ardente , lingua bianca , bocca pastosa ; costipazione ventrale ; urine scarse , acide ed accese. Il sangue estratto pel salasso si congula , ma privo di coerenza alla sua superficie. I signori Andral e Gavarret , avendolo in un caso analizzato , hanno trovato che la parte fibrinosa non era affatto aumentata mentre il numero de' globetti era molto più notabile. Questo fatto però , ancora unico nella scienza , merita di essere verificato con novelle osservazioni.

Corso , durata , termine. — La febbre infiammatoria à un andamento continuo senza parossismi evidenti ; qualche volta però si osserva poca esacerbazione la sera e durante la notte , come accade per lo più nella maggior parte delle malattie acute. In generale la febbre cresce d' intensità per lo spazio di due o tre giorni ; rimane poscia stazionaria per ventiquattro o quarantott' ore , poi diminuisce , e termina a poco a poco ; in alcuni malati poi è bruscamente arrestata nel suo andamento crescente per la comparsa di qualche crisi , specialmente d' una emorragia. Se l' individuo è giovane , il flusso sanguigno succede ordinariamente dal naso ; negli adulti dalle vene emorroidali ; nelle donne finalmente à luogo con preferenza dagl' organi genitali. La febbre infiammatoria può anche risolversi per sudori , per evacuazioni copiose , o urine sedimentose ; ma queste ultime crisi sembrano essere meno frequenti nella febbre infiammatoria , che nella febbre efimera. La febbre infiammatoria può anche terminare senza manifesto fenomeno critico ; e questo caso è forse il più comune. Gli antichi ammettevano che la febbre di cui è parola poteva degenerare in febbre grave ; ma ciò non ci sembra ancora ben dimostrato ; credi mo anzi che la febbre sincha termini favorevolmente ; e ciò che vi è di più rimarchevole , si è , che i malati si ristabiliscono con una sorprendente rapidità , affatto privi di convalescenza.

Quando la febbre infiammatoria è semplice , è di breve durata ; raramente oltrepassa il quinto o settimo giorno , ed in ca-

si assai eccezionali si osserva arrivare sino all' undecimo o dodicesimo. Quando la febbre oltrepassa il primo settenario, bisogna investigare attentamente se la malattia sia piuttosto una febbre tifoidea, rivestendo la forma infiammatoria; i medici del secolo passato ed anche i nostri contemporanei hanno comesso questa noncuranza. Si cercherà ancora se la febbre sia sostenuta da una flemmasia latente, sviluppata in seguito; poichè, come lo abbiamo già osservato, la febbre, per se stessa, è causa d'una immensità di alterazioni secondarie. Un movimento febbrile, abbiamo detto, può nascere, stare per molti giorni, indipendentemente da qualunque lavoro infiammatorio locale; ma per poco che si prolunghi, si potrebbero manifestare flemmasie, secondo le predisposizioni organiche degl' individui. Da ciò si comprende, di quanta importanza sia la giornaliera osservazione degl' organi principali. In fatti, in queste flemmasie consecutive, sta tutto il pericolo della malattia; poichè la febbre infiammatoria libera da qualunque complicazione, non è mai seguita, come abbiamo detto, da esito funesto.

Diagnosi. — Per stabilire la diagnosi differenziale, bisognerà vedere se il movimento febbrile, che si osserva, sia essenziale, o unito a qualche flemmasia locale. Si distinguerà la febbre infiammatoria da quella che precede l' eruzione del vaiuolo, della rosalia e della scarlattina, in quanto che ne' prodromi di questi esantemi, vi sono alcuni altri segni speciali che indicheremo, quando parleremo di ciascuna di queste malattie. Osserveremo ancora in che differisce la febbre angiotenica semplice dalla forma infiammatoria della febbre tifoidea. Diciamo pure anticipatamente, che nella sinocha raramente si osserva la cefalalgia intensa e l' epistassi, che indicano lo sviluppo della maggior parte delle febbri tifoidee; manca pure nella prima quella prostrazione delle forze, quella stupidità, quei disturbi delle facoltà intellettuali e de' sensi, quella secchezza o quelle patine brune della lingua e de' denti, quella gonfiezza della milza, quel meteorismo, quel gorgogliamento della fossa iliaca, quella diarrea, quelle macchie rossastre che si osservano ne' casi in cui le glandole di Peyer sono affette.

Pronostico. — La febbre infiammatoria è malattia benigna, ed à sempre un esito felice.

Cause — La febbre infiammatoria assale con preferenza i giovani robusti, di temperamento sanguigno, che fanno uso di cibi succolenti, e che vivono nella mollezza e nell' ozio; in una parola, essa dipende dalle stesse cause della pletora. Spesse volte si sviluppa dopo un eccesso della tavola o della fatica, o dopo la istantanea soppressione d' una emorragia abituale. Qualche volta regna epidemica, specialmente ne' luoghi secchi e montuosi, e nella stagione di primavera.

Cura. — La maggior parte delle febbri infiammatorie semplici finiscono col riposo, colla dieta e con l'uso delle bevande diluenti; intanto non mancano casi in cui è indispensabile il salasso, il quale deve essere preferito all'applicazione delle sanguisughe, a meno che non si volesse richiamare un'emorragia soppressa. Vi sono alcuni sintomi che richiedono certi mezzi particolari; così si calmerà spesso la cefalalgia colla posizione semi verticale della metà superiore del corpo, facendo respirare al malato un'aria fresca, ed applicando sulla fronte de' pannolini bagnati nell'ossicrate freddo; si faranno fare per lo stesso scopo uno o due piediluvi senapati. La costipazione cede in generale coll'uso dei clisteri semplici; e se fossero insufficienti, si farà uso di qualche blando purgativo. Se la febbre infiammatoria fosse consecutiva alla soppressione di qualche emorragia costituzionale, bisognerà richiamarla, o supplirla con qualche emissione sanguigna. Se la febbre si soffre da qualche ragazza non mestrante, e che intanto si osservano in questa dolore ai lombi, agl'inguini all'ipogastrio, i quali annunziano l'esistenza d'un lavoro emorragico, si favorirà questo coll'applicazione delle sanguisughe alla vulva, coi lavativi tepidi d'artemisia, e coi suffumigi alle parti sessuali, ricovrendo queste con cataplasmi caldi.

Dall'esposizione delle cause che producono la febbre infiammatoria, da noi esposte, facilmente si conosce quale deve essere il trattamento profilattico.

Natura. — Molto si è discusso sulla natura della febbre infiammatoria; ma questa natura ci è rimasta sconosciuta. Abbiamo provato contro la scuola fisiologica che la malattia non era ligata ad alcuna flemmasia locale. Si troverà forse la ragione in qualche condizione del sangue, come lo ànno supposto Boerhaave, Baumes e molti altri? Ecco quel che ignoriamo. Aggiungiamo però che l'esperienza chimica fatta da signori Andral e Gavarret, e che abbiamo rapportato altrove, sembrerebbe favorevole a questo modo di vedere.

DELLA FEBBRE TIFOIDEA

Sinonima. — Phrenitis (Greci e Latini). Febbre pestilenziale, maligna, putrida, biliosa, mucosa o grave (del maggior numero degl'Autori); lenta, nervosa (Willis e Huxham); — Adinamica ed Atassica (Pinel). Entero-mesenterica (Petit e Serres) Dothienenterite (Bretonneau). Gastroenterite (Broussais). Febbre o affezione tifoidea (Louis, Chomel, Andral). Enterite follicolare (Cruveilhier, Forget). Entero-mesenterite tifoidea (Bouillaud). Enterite-settoemica (Piorry).

Definizione. — La febbre o affezione tifoidea è una malattia acuta, anatomicamente caratterizzata dal gonfiamento ed una

alterazione speciale de' follicoli intestinali, e dall' accresciuto volume, dall' iniezione, rammollimento e qualche volta dalla suppurazione de' gangli mesenterici corrispondenti. Queste lesioni generalmente sono accompagnate durante la vita da una febbre intensa, da diarrea, da meteorismo, da sensibilità e gorgogliamento nella fossa iliaca destra, da delirio, da uno stato di stupidagine e di prostrazione, e dall' eruzione sulla pelle di macchie vermiglie lenticolari, e da sudamina.

Tra tutti i nomi dati alla malattia che descriveremo, noi preferiamo quelli di febbre o affezione tifoidea, siccome dotati del vantaggio di non pregiudicare in nulla alla natura della malattia.

Istoria e Descrizione. — Nessuno dubita che la febbre tifoidea abbia esistito in tutti i tempi, e di ciò si potrà esser persuasi quando si leggeranno le numerose descrizioni, che i più antichi autori ci hanno lasciate delle febbri gravi. Ignoranti delle ricerche di anatomia patologica, ed attenendosi al solo stato sintomatico, cioè a' fenomeni esterni, per caratterizzare le malattie, hanno soventi volte confuso sotto la stessa denominazione affezioni essenzialmente distinte per la loro sede, e per la loro natura: altre volte, d' una stessa malattia, hanno creato tante malattie speciali, per quanto i caratteri esterni potevano rivestire diverse fisionomie. Ciò si osserva più particolarmente per la febbre tifoidea, che era chiamata infiammatoria, maligna o putrida dagl' uni, biliosa o mucosa dagl' altri, a secondo il predominio di tale o tale apparato di sintomi, e senza che la lesione locale fosse differente. Ma questi medici non seppero scoprirla. Se di tempo in tempo alcuni tra essi, come Baillou e Baglivi hanno procurato con timore di localizzare le febbri essenziali; se molti altri hanno trovato alterazioni di natura infiammatoria negl' intestini di quelli, che sono morti per queste malattie; non bisognerebbe fondarsi su queste vaghe indicazioni, per far risalire la conoscenza delle lesioni proprie alla febbre tifoidea, io non dirò ai tempi i più remoti; ma nè anche ad un' epoca molto vicina a noi. Per tanto, Chirac, aveva positivamente annunziato, da più d' un secolo, che in tutte le febbri maligne, la mucosa gastro-intestinale era, come pure il sangue, profondamente alterata: stabilì ancora queste alterazioni come carattere anatomico della malattia. Intanto Chirac non ebbe proseliti, perchè, sebbene avesse annunziato proposizioni esatte, non seppe dimostrarle e convincere. Lo stesso accadde a Baglivi a Spigel, a Stoll ed a molti altri, i quali tutti osservarono delle lesioni intestinali. Questi schiarimenti erano d' altronde talmente incompleti, che restarono, la maggior parte inconsiderati. Il libro di Roederer e di Wagler, che secondo noi non merita quella riputazione che gli è stata attribuita, e nel quale si fa men-

zione di alcune delle lesioni intestinali della febbre tifoidea, non portò alcuna modifica alle idee generalmente ricevute; perchè gli autori credettero vedere una malattia speciale, distinta dalle altre febbri continue. Lo stesso accadde a signori Petit e Serres, i quali, nel 1813, tracciarono, per la prima volta, con esattezza, il carattere anatomico della malattia, la quale, sotto il nome di febbre entero-mesenterica, fu collocata nel quadro nosologico, senza nulla cambiare alle dottrine piretologiche della scuola di Pinel. Sotto questo rapporto, Petit e Serres furono inferiori a Prost, il quale nove anni prima, avea proclamato la costanza delle alterazioni intestinali in tutti gl'individui morti in seguito delle febbri gravi (mucose, gastriche, adinamiche, atassiche); ma questa idea luminosa non fece alcuna impressione, e l'opera di Prost quasi estinta al suo nascere, fu poi dimenticata (1). Felicamente, nel 1829, il signor Louis, ritrovò ed ampliò la stessa proposizione, e nell'immortale trattato ch'egli pubblicò in quell'epoca, tracciò non solamente con esattezza, che nessuno ha sorpassato, i caratteri anatomici della febbre tifoidea; ma ebbe il merito di ridurre a questa unità quasi tutta la piretologia, dimostrando l'identità di quasi tutte le forme di febbri essenziali ammesse sino al suo tempo, e dimostrando che queste febbri avevano nell'intestino una lesione, che quest'autore crede costante. I risultati del signor Louis sono stati verificati, in tutti i paesi, da infiniti medici, e ricevuti da per tutto come verità incontrastabili; perchè il signor Louis li avea stabiliti servendosi del metodo rigoroso d'osservazione, detto metodo analitico e numerico, creato, per così dire dallo stesso, e le di cui ricerche sulla febbre tifoidea possono considerarsi come la più bella applicazione.

La febbre tifoidea è stata l'oggetto d'immensi travagli importanti. Io è già citato le opere di Petit e Serres, e quella del signor Louis; devo pure far menzione in modo speciale delle ricerche del signor Andral, nel volume 1.^o della sua *Clinica*; quelle del signor Bretonneau, pubblicate da molti suoi discepoli, e notabilmente dal signor Trousseau, i quali diedero una esatta descrizione delle lesioni anatomiche, e le seguirono nelle loro fasi successive (*Archives* année 1826). Nessuno ignora le lezioni cliniche del professor Chomel, redatte da un abile medico, signor Genest. In quest'opera, eminentemente distinta nella nostra letteratura, l'istoria generale della febbre tifoidea, è descritta in modo perfetto, e vi si osservano verificate e confermate le idee date dal signor Louis. Un'altr'opera non meno im-

(1) *La médecine éclairée par l'observation et par l'ouverture des Corps*. Paris, 1804.

portante è quella del professor Forget di Strasbourg, il quale ha arricchito la nostra letteratura d' un eccellente libro, dottamente e giudiziosamente scritto. Ricorderemo ancora le ricerche terapeutiche de' signori Delarrouque, Beau e Piedagnel. Finalmente la febbre tifoidea, studiata prima esclusivamente nell' adulto, l' è stata ancora dopo alcuni anni ne' ragazzi, e ciò a procurato molti travagli, de' quali i più interessanti sono; quello del signor Taupin inserito nel *Journal des Connoissances médico-chirurgicales* (années 1839 e 1840); quello del signor Audiganne, nella *Gazette de* 1841, come pure le ricerche de' signori Barrier, Rilliet e Barthez.

Anatomia Patologica. — Tra le lesioni che si osservano ne' cadaveri de' morti per febbre tifoidea, alcune esistano quasi in tutti i casi; e che per ciò stabiliscono il carattere anatomico della malattia. Altre, al contrario, si trovano solamente in un certo numero d' individui, e che per conseguenza sono meno necessariamente legate alla febbre tifoidea, e quindi meno caratteristiche.

Le lesioni anatomiche costanti, e quasi costanti, occupano i follicoli intestinali, i gangli mesenterici e la milza.

1.^o *Lesioni de' follicoli intestinali.* — L' alterazione de' follicoli intestinali varia a seconda dell' epoca nella quale i malati soccombono. Riesce impossibile poter determinare il momento in cui quest' alterazione comincia; perchè raramente si veggono perire i malati avanti la fine del primo settenario. Ho però osservato unitamente a Chomel il cadavere d' un individuo morto alla fine del quinto giorno; ed ecco qual' è lo stato dell' intestino di quelli che muoiono dal quinto all' ottavo giorno, contando dallo sviluppo de' primi accidenti.

All' esterno dell' intestino si osservano spesso delle piastre o punti rossi, blù, neri, alcune volte coverti da false membrane, che corrispondono ai follicoli malati. Comprimendo l' intestino fra due dita, si sentono nello stesso punto durezza ed ineguaglianze. Osservando la faccia interna dell' organo inciso lungo l' inserzione del mesentero, si osservano due ordini di tumori: formati tutti dallo sviluppo de' follicoli. Alcuni di figura conica ed arrotondati, somigliano per la forma ed il volume a grosse pustole; essi sono formati in tutto il loro circuito dall' intestino, ed occupano i follicoli di Brunner. Altri molto più voluminosi de' primi sono posti nelle glandole di Peyer; esistono solo sul bordo convesso dell' intestino, alla parte opposta dell' inserzione del mesentero; essi hanno da 3 a 9 centimetri di lunghezza su 2 o 3 di larghezza; alcune volte sono arrotondate esattamente, e formano nell' intestino una protuberanza di 1 a 9 millimetri. Queste piastre sono ora pallide, ora d' un bianco oscuro, o color di rosa; generalmente hanno un colorito differente da quello della

mucosa vicina. L'alterazione può esistere tra lo spazio di 7 a 26 decimetri (Louis), e si manifesta sotto due forme distinte e facili a conoscersi.

Prima forma, o piastrie molli del signor Louis. — Esse hanno poca protuberanza, ed offrono poca resistenza al tatto; la loro superficie è quasi levigata, o pure granellata e come puntata. Incidendole si osserva che la mucosa ed il tessuto sottostanti sono umidi, iniettati e spessiti; in modo che questa doppia spessezza è quella che forma la protuberanza della piastra. In alcuni casi, i tumori di cui è parola, hanno l'aspetto d'una rete a maglie regolari. Il loro tessuto somiglia molto al parenchima della ciriegia o della prugna; la membrana mucosa che la riveste è più o meno rammollita e si distacca al menomo strofinio. Il signor Chomel ha dato a queste piastrie il nome di *piastre reticulate*; esse non costituiscono che una varietà delle piastre molli.

Seconda forma. Piastre della figura del favo (gaufrees), o piastre dure del signor Louis. — Queste piastre formano una protuberanza più considerevole delle precedenti; esse sono dure ed offrono al tatto una resistenza elastica. Incidendole in tutta la loro spessezza, si conosce che il tessuto cellulare sotto mucoso, invece di essere semplicemente infiammato o ipertrofiato come nella prima varietà, qui si trova trasformato, quasi in tutta la lunghezza della piastra in una materia omogenea, d'un bianco giallastro, dura, friabile, facile a rompersi, levigata, risplendente quando si rompe, ed avendo da 4 a 7 millimetri di spessezza. La mucosa offre le stesse alterazioni di quelle che si osservano nelle piastre molli. Le piastre dure si rinvencono nel terzo degl'individui che muoiono, e costituiscono una lesione più grave di quella delle piastre molli. I follicoli di Brunner presentano le medesime alterazioni delle glandole di Peyer; si osserva solo questa differenza, che ne' primi, la materia gialla elastica, quando esiste, è alla forma d'un cono. Spesso accade di ritrovare, delle piastre ellittiche poco rilevate, senza alcuna durezza, ma notabili alla loro superficie per un punto blù simile affatto a quello della *barba recentemente fatta*. Questo punto nero è considerato da alcuni autori, e specialmente dal dotto professor Forget, come uno stato patologico, come una forma dell'alterazione tifoidea; ma numerosi fatti ci hanno insegnato che questa disposizione costituiva semplicemente una varietà anatomica delle piastre, che si osservava indistintamente in tutti gl'individui morti in seguito di qualunque altra malattia acuta o cronica.

Ulcerazioni. — Dal nono al dodicesimo giorno si osserva l'ulcerazione de' follicoli affetti. Questa lesione è stata però osservata ad un'epoca più vicina allo sviluppo della malattia. Il signor Boudet l'ha osservata una volta al sesto giorno. Ma i fatti di questo genere sono estremamente rari. L'ulcerazione follicolo-

lare si forma in due modi differenti; ora comincia dalla mucosa e si estende consecutivamente alla piastra, che a poco a poco distrugge; altre volte, al contrario, un lavoro di rammolimento o di cangrena colpisce prima la materia gialla della piastra, e si estende *consecutivamente* alla membrana mucosa, che si distacca a pezzi insieme con la sostanza della piastra. In alcuni casi, la cangrena de' follicoli è talmente pronta, ed il lavoro d'eliminazione talmente rapido, che la membrana mucosa che li ricovre rimane intatta, ora totalmente, il più sovente parzialmente, e forma allora degl' imbrigliamenti che trattengono più o meno lungo tempo la materia gialla, o l'escare che sono sul punto di staccarsi. I due modi di ulcerazione da me indicati possono osservarsi sullo stesso individuo, e sono comuni a due ordini di follicoli.

Le ulcerazioni che hanno luogo dopo la distruzione de' follicoli variano di molto tra esse. Quelle che hanno sede nelle glandole di Payer sono ovali o ellittiche e possono avere da 7 a 9 centimetri di lunghezza; quelle poi che sono formate a spese de' follicoli isolati, sono molto più piccole; sono circolari, e sembrano spesso essere state prodotte da uno stampo. In generale presentano esattamente la forma de' follicoli che hanno distrutti; alcune volte però differiscono, e ciò fa supporre che il lavoro ulceroso si è propagato oltre i limiti del follicolo. Vi sono ulcerazioni, i di cui bordi sono duri, densi e protuberanti; in altre sono estremamente assottigliati; la mucosa ora è distaccata in tutto il loro circuito, e ad una distanza di 5 a 7 millimetri; altra volta i bordi sono aderenti. Il fondo dell'ulcera, rosso, bruno o d'un grigio di lavagna, è più o meno bitorzoluto o levigato. Vi si osserva spesso la tunica muscolare ipertrofiata, altre volte, essendo questa stata distrutta, il fondo dell'ulcera è solamente formato dal peritoneo. Finalmente in alcuni individui che muoiono, il peritoneo si trova perforato, siasi perchè il lavoro ulceroso si è propagato a questa membrana, sia per effetto della formazione e della caduta dell'escare. Nell'uno e nell'altro caso, vi sono materie stercoracee nel ventre, e si stabiliscono le alterazioni caratteristiche d'una peritonite parziale o generale. Questi perforamenti intestinali corrispondono in generale ad una piccola ulcerazioni, e sono semplici o molteplici; essi hanno raramente più di 7 millimetri di diametro, hanno sede comunemente ne' 3 o 4 ultimi decimetri dell'intestino tenue; si formano per lo più al dodicesimo o quarantesimo giorno della malattia, e si osservano forse più spesso ne' casi in cui le piastre alterate sono poco numerose, che quando sono in maggior numero; come se l'affezione guadagnasse intensità ciò che perde in estensione.

Il numero delle piastre affette varia da 1 a 30 o 40. In generale si osservano nello stesso individuo la più parte delle alterazioni da noi indicate. L' esame cadaverico ha mostrato che le piastre le più vicine alla valvola ileo-ciecale sono quelle che si ammalano le prime, ed in questo punto si osservano le alterazioni più gravi e più sviluppate; andando dal cieco al duodeno, le lesioni diminuiscono gradatamente di gravità. L' alterazione de' follicoli isolati non esiste in generale che ne' due ultimi piedi dell' intestino tenue.

Nell' esame dell' intestino tenue degl' individui morti dopo sei settimane o due mesi di malattia, si trovano i bordi delle ulcerazioni appassite ed assottigliate, il fondo è di un grigio di lavagna, depresso, lucido, levigato, rivestito da una pellicola sottile levigata, *senza scabrosità*, e di aspetto sieroso, che forma una vera cicatrice. Alla fine di alcuni mesi però, questo tessuto di novella formazione è subito completamente la trasformazione mucosa e non può essere più distinto dalle parti vicine. Le piastre che non sono state esulcerate si trovano appassite; esse hanno un colore grigio turchiniccio; molto consistenti, alcune volte increspate e come appassite. A parere di Chomel, le piastre dure sarebbero solo suscettibili di risoluzione. Noi però crediamo che le piastre molli possono più frequentemente presentare questi esiti, ad eccezione di quella varietà che abbiamo chiamata *reticolate*, e nella quale sembra esservi già distrutto il tessuto.

I materiali contenuti nell' intestino tenue sono per lo più fluidi, giallastri e qualche volta misti a sangue. Vi si possono rinvenire diversi entozoi come i lombrici, i tricocefali. Questi ultimi che stanno nel cieco, si trovarono in tutti quelli che perirono nella epidemia di Goettingue. Il signor Chomel crede che si osservano frequentemente anche a Parigi, ma ciò non è luogo che in certe costituzioni mediche.

2.^o *Gangli mesenterici*. — I gangli mesenterici sono quasi sempre affetti nella febbre tifoidea. L' affezione ganglionare varia secondo l' epoca nella quale i malati sono morti; quindi dal quinto al quindicesimo giorno, i gangli si osservano più voluminosi (grossi come un'avellana); essi sono d' un color rosa tenera, o d' un color rosso carico, rammolliti e friabili. Dal quindicesimo al ventesimo giorno, quest' alterazione si fa più distinta, ed allora facilmente si osservano, incidendo quest' organi, de' punti giallastri forniti nel loro tessuto di suppurazione disseminata, ma raramente si osserva il pus riunito in un focolare; il signor Louris ne porta un solo esempio. Dal ventesimo giorno, i gangli diminuiscono di volume, essi prendono un color brunastro o violaceo; e finalmente dopo il trentesimo giorno il colorito è grigiastro, di lavagna, ed acquistano più consi-

stenza. L'alterazione de' gangli è quasi sempre in rapporto con quella dell'intestino tenue; e ciò spiega perchè i gangli più affetti sono quelli che si trovano più vicini all'intestino cieco.

I gangli mesocolici possono essere anche alterati; ma molto meno de' gangli mesenterici; infatti i primi sono stati osservati infetti solamente ne' tre quarti degli individui, ed in tutti i casi, la loro alterazione di volume, di consistenza e di colorito, era sempre minore di quella de' gangli del mesentero, che si osservano, abbiamo detto, sempre o quasi sempre affetti.

3.^o *Milza*. — Nella maggior parte degl'individui morti dal quinto al ventesimo o venticinquesimo giorno di febbre tifoidea, la milza si trova doppia, tripla ed anche quadrupla del suo volume. Contemporaneamente il suo tessuto, di color di seccia di vino carico, è rammollito, e qualche volta basta la più leggiera pressione per ridurlo in pappa. Queste lesioni della milza le osserveremo ancora in alcune altre malattie febbrili; ma se si eccettuano le febbri perniciose, non si trovano nè così frequenti nè così determinate in nessuna parte quanto nella dothienenterite.

Le lesioni che ci rimangono ora ad esaminare sono tutte quelle le quali, appartenendo meno specialmente alla malattia, si osservano in minor numero di casi, e per conseguenza non hanno lo stesso valore delle precedenti.

1.^o *Organi digestivi* — Il faringe e l'esofago altro non offrono di notevole, meno alcune false membrane o un infiltramento purulento del tessuto sotto mucoso, ed alcune piccole alterazioni superficiali poco numerose, che si osservano alla parte superiore di questi due canali, in un sol caso tra sei (Louis) Queste ulcerazioni sono più rare nello stomaco (un caso tra dieci), la di cui membrana mucosa è più o meno rammollita ed assottigliata nella quinta parte degl'individui (Louis) La membrana mucosa dell'intestino gracile è spesso intatta nell'intervallo delle piastre affette. Intanto, in tre o quattro quinti circa de' casi, si osserva più o meno iniettata e rammollita, specialmente in quelli individui che muoiono ne' due primi settenari. In quelli poi che periscono dopo il ventesimo giorno, la mucosa di cui è parola, offre molta consistenza, e solamente presenta un colorito grigio o di lavagna; conseguenza probabile dell'iniezione che ha esistito in un periodo meno avanzato. Nel maggior numero degl'individui morti per febbre tifoidea, si trovano alcune lesioni ancora nel intestino crasso: si è perciò che il signor Louis nota ne' tre quarti de' casi un rammollimento della mucosa, del cieco e del colon, con, o senza iniezione e spessezza. In un quinto de' cadaveri esistono ancora delle cripte isolate, lenticolari, le une piane o biancastre; le altre rosse, ulcerate. Le ulcerazioni dell'intestino crasso non an-

no sede esclusivamente su i follicoli; ma la maggior parte esistono nell' intervallo di questi, e sono unicamente fermate dalla corrosione della mucosa. Queste ulcere raramente si cicatrizzano, anche quando i malati muoiono ad un' epoca lontana; e ciò mostra che queste ulcere si sviluppano lungo tempo dopo di quelle dell' intestino gracile. Per terminare, diremo che i signori Chomel e Genest hanno qualche volta osservato un infiltramento sanguigno nel tessuto cellulare sotto mucoso negl' individui, i quali avevano avuto un' emorragia intestinale negl' ultimi giorni della vita. Io non ho ancora osservato questa stessa alterazione in simili casi; benchè da me molte volte ricercata. Tutto ciò che è osservato, è un' infiltramento parziale o generale delle membrane, allorchè il sangue esalato negl' ultimi tempi della vita è stato trattenuto nell' intestino. Ma ciò non forma altro, se non che un fenomeno cadaverico.

2.^o *Fegato*. — Il fegato non offre niente di notevole, meno che un certo rammollimento nella metà degl' individui. La bile è generalmente molto fluida.

3.^o *Gl' organi genito-urinari* sono quasi sempre sani, meno un poco di rammollimento del tessuto renale. Però in certe costituzioni epidemiche, alcune alterazioni più o meno gravi della vescica sono state osservate, e quasi sempre di natura cancrenosa, siccome si rileva da un travaglio del signor Cossy inserito negli *archives* del 1843.

4.^o *Organi respiratori*. — I polmoni sono più o meno alterati nella maggior parte de' casi (ne' due terzi circa); alcune volte sono solamente ingorgati, o pure si osservano le lesioni caratteristiche della pneumonia al primo o al secondo grado. L' indurimento invade qualche volta un solo o molti lobi uniformemente; altre volte si osserva disseminato sotto forma di noccioli (pneumonia lobulare); ma la lesione più comune è quella che studieremo all' (articolo *Pneumonia*) sotto il nome di *splenizzazione*. Alcuni l' hanno considerata come speciale alla febbre tifoidea; ma malamente, poicchè si osserva ad egual porzione in tutti gl' individui morti in seguito di altre malattie acute. Il signor Bazin, che ha studiato accuratamente, nella sua tesi (1834) le lesioni che la febbre tifoidea produce ne' polmoni, ha stabilito ancora, in questi organi, la formazione di noccioli apoplettici, che anche noi abbiamo in fatti osservati spesse volte. Indipendentemente dalle lesioni polmonari, di cui è parola, il signor Louis à trovato ancora alcune ulcerazioni all' epiglottide ed al laringe; però sono meno frequenti di quelle che abbiamo notate nel faringe e nell' esofago.

5.^o *Organi circolatori*. — In molti individui (la metà almeno), il cuore si trova più o meno ammolito e scolorato, specialmente quando la morte à avuto luogo ad un' epoca poco

lontana dalla manifestazione della malattia. D'altronde queste alterazioni non si osservano nè muscoli della vita di relazione, i quali conservano il loro colore e la loro consistenza normale. Se la superficie interna del cuore e de' grossi vasi è spesso d'un colore rosso carico, ciò è attribuibile, non all'infiammazione, ma ad un semplice infiltramento cadaverico, che a luogo tanto più facilmente quì, in quanto che il sangue, nel maggior numero de' casi, è affatto fluido, o riunito in grumi nerastri e molli.

6.^o *Centri nervosi.* — I centri nervosi sono raramente affetti profondamente. Più spesso si osserva solamente una leggiera puntura, ed una diminuzione di consistenza del cervello; finalmente si osserva un infiltramento sotlaracnoideo, l'abondanza del quale è generalmente in rapporto colla lunghezza dell'agonia. Questi risultati non sono affatto in rapporto con ciò che si dice in alcuni paesi al di là del Reno; a Berlino, per esempio, il dottor Grossheim pretende che la febbre tifoidea si complichì sempre colla infiammazione della midolla, alterazione dalla quale gli autori tedeschi fanno dipendere una immensità di accidenti della malattia, come l'abbattimento, la debolezza, l'evacuazioni involontarie ec., ma questa opinione è affatto priva di fondamento.

Stato del sangue durante la vita. — I medici umoristi quasi tutti ammettono la profonda alterazione del sangue nella febbre tifoidea; ma le ricerche de' moderni autori, e specialmente quelle, sì numerose ed esatte, praticate da' signori Andral, Louis, Chomel, Gennest e Forget, hanno dimostrato da lungo tempo l'ignoranza in cui siamo di qualunque alterazione del sangue, speciale alla febbre tifoidea. È vero che in quest'ultima affezione il liquido non offre, in generale, l'aspetto che presenta in alcune altre malattie come la pneumonia, e sopra tutto il reumatismo. Nella febbre tifoidea, in fatti, il grumo è meno denso; la cotenna, quando si forma, meno compatta e meno consistente, e si unisce forse sempre ad una complicità infiammatoria, siccome pure lo dimostrano le ricerche de' signori Andral e Gavarret. La mancanza però de' caratteri puramente infiammatori non presenta niente di caratteristico, e che non si trovino nello stesso tempo, nello stesso grado e così frequentemente in molti altri stati morbosi. Diremo di più che la fluidità del sangue, che il suo stato di coagulo o di densità, che il signor Bouilland (forse il solo oggi) considera come *caratteristico della febbre tifoidea, e che non può essere osservato in alcun'altra malattia*, è stato anzi osservato da tutti nella maggior parte delle affezioni, le quali si curano col salasso, e ciò così spesso come nella febbre tifoidea stessa. Ciò è applicabile a tutti i periodi della malattia; così è inesatto il dire che nel terzo grado, il sangue è sempre sciolto, poichè non

l'abbiam' osservato sempre tale in tutti i cadaveri; d'altronde, il signor Forget, il quale come Bouillaud, prescrive il salasso in tutti i stadi della malattia, à trovato, che in venti salassi fatti nel terzo settenario ed al di là, il sangue non era stato rammollito che in un settimo de' casi. L'alterazione *manifesta* del sangue ne' diversi stadi della febbre tifoidea, non solamente non è il fatto più generale; non solo quando esiste, essa non à nulla di speciale o di caratteristico, ma anche non è necessariamente proporzionata alla gravità degli accidenti, nè sempre in rapporto con i stadi della malattia.

Intanto non pretendo sostenere che il sangue non sia punto alterato nella febbre tifoidea; ma solamente stabilire che questa alterazione deve cercarsi altrove, e non nelle semplici apparenze esterne; or, sottoponendo questo liquido agl'esperimenti chimici, siccome lo han fatto i signori Andral e Gavarret, altra cosa non si osserva che l'alterazione comune a tutte le altre piresie, cioè, o la conservazione della fibrina nelle sue proporzioni normali o l'alterazione di questo principio. Quest'asserzione vien pure stabilita da due altri autori; i signori Becquerel e Rodier, i quali concludono dalle loro ricerche che, nelle febbri tifoidee, il sangue non manifesta alcun carattere distinto, positivo, costante, e che salvo alcuni casi eccezionali, ove si osserva forse diminuzione della fibrina, qualunque altra modifica che si osservi in questo liquido, può essere generata e spiegata da qualunque altra influenza fuori quella della malattia.

La diminuzione della fibrina coincide sempre, come lo abbiamo già detto (pag. 26), colla manifestazione de' sintomi gravi. È allora che il sangue cavato dalla vena si presenta nello stato di fluidità di cui abbiám parlato. Il coagulo è largo ed il suo volume è in ragion inversa della sua densità, e ciò dipende da una parte, che una porzione del siero non à potuto essere estratta, e dall'altra parte, dall'aumento del numero dei globetti, specialmente ne' primi tempi della malattia. Secondo Andral, questi, lungi di diminuire, come avviene della fibrina, possono, al contrario, essere più numerosi. Questa sovrabbondanza de' globetti non è però un carattere della malattia, ma dipende dal perchè la febbre tifoidea spesso assale individui i quali, per la loro età e costituzione, si trovano in uno stato di pletora più o meno notevole, stato che, come vedremo in appresso, vien caratterizzato dall'aumento de' globuli del sangue. Finalmente notiamo che quando la febbre tifoidea si complica a qualche flemmasia grave, come una pneumonia, la quantità della fibrina aumenta, siccome à luogo nelle infiammazioni; ma quest'aumento, come diremo altrove (vedi infiammazione in generale, stato del sangue) è meno considerevole di quello, che se la flemmasia fosse primitiva.

Le alterazioni nella febbre tifoidea differiscono esse a seconda dell'età? I risultati che l'anatomia patologica ci ha dati, differiscono poco nell'adulto come nel giovane. Infatti, dalle ricerche de' signori Rilliet, Barthez e l'auvin si è veduto che la febbre tifoidea presenta gli stessi caratteri anatomici tanto nel ragazzo come nell'adulto, e che tanto nell'uno quanto nell'altro le lesioni secondarie sono egualmente frequenti; solamente pare, secondo i due primi autori, che le ulcerazioni de' follicoli siano meno numerose, meno larghe e meno profonde, e si formano più tardi nel fanciullo che presso l'adulto; finalmente i tessuti membranosi sono meno disposti ad esulcerarsi nel primo che nel secondo.

Valore delle alterazioni nella febbre tifoidea.— Nelle molteplici alterazioni da noi enumerate, ve ne sono due, quella delle piastre, e quella de' gangli, le quali essendo costanti o quasi costanti, formano il carattere anatomico della febbre tifoidea. La lesione de' follicoli isolati ed acuminati, è soprattutto rimarchevole, in quanto che, non si osserva mai con i caratteri che abbiamo assegnati in alcuna delle malattie acute o croniche attualmente conosciute. Ciò non pertanto si dice che, nella scarlattina, la colera e l'etia, i follicoli presentano delle alterazioni analoghe a quelle della febbre tifoidea; ma come vedremo agli articoli dedicati a quelle malattie, la rassomiglianza è talmente grossolana, da non poterne imporre che agli uomini estranei alle ricerche d'anatomia patologica. Quindi la lesione de' follicoli intestinali è propria della febbre tifoidea. Non avviene lo stesso di quella de' gangli mesenterici, i quali si trovano alterati allo stesso grado nella peste e nella dissenteria, ec. Diciamo però che, se la lesione de' gangli non è così patognomonica della febbre tifoidea quanto l'alterazione delle piastre, costituisce però un carattere anatomico prezioso, per la costanza in quasi tutti i casi di febbri gravi. Lo stesso si dica delle alterazioni della milza, le quali, sebbene non siano così costantemente ed esclusivamente osservate nella malattia tifoidea, non sono così frequenti nè così distinte in alcun'altra affezione. Le ulcerazioni che abbiamo osservate al faringe, all'esofago, allo stomaco ed all'epiglottide, offrono ancora qualche cosa di particolare nell'affezione tifoidea, poichè il signor Louis à provato che simili lesioni si osservano appena nel corso delle altre malattie acute. In fatti nella sola febbre tifoidea, i tessuti membranosi mostrano questa tendenza ad esulcerarsi.

Pel rammollimento del cuore, de' parenchimi e delle mucose, queste lesioni sono secondarie e si osservano ad egual porzione negl'individui morti per altre malattie acute. Abbiamo pure provato per lo innanzi, che queste dipendono dall'apparato febbrile, e sono in rapporto alla sua durata ed alla sua intensità.

Natura delle alterazioni. — Tra le lesioni anatomiche che abbiamo enumerate, alcune sono il risultato dell'infiammazione, altre sembrano indipendenti da questa. Nel numero delle prime sono, senza dubbio, l'alterazione de' follicoli intestinali e de' gangli mesenterici, le ulcerazioni di tutte le membrane mucose, le false membrane e le suppurazioni sotto mucose. Le alterazioni ch'io considero come indipendenti da qualunque lavoro infiammatorio sono; il rammollimento del fegato, de' reni, del cuore, del cervello, ed anche quello della mucosa dello stomaco e dell'intestino, la rossezza del cuore e dell'aorta, come pure le diverse alterazioni delle quali la milza n'è la sede. Non pertanto mi conviene far osservare che, sebbene di natura certamente infiammatoria, le lesioni caratteristiche dell'affezione tifoidea, quando esistono, non anno il potere di produrre nel sangue l'aumento della fibrina che tutte le flemmasie determinano; è questa un'eccezione rimarchevolissima.

Sintomi della febbre tifoidea: Invasione. — La febbre tifoidea invade qualche volta bruscamente in mezzo all'apparenza della più perfetta salute; nel maggior numero de' malati però si osservano diversi fenomeni prodromi. Così, quest'individui perdono l'appetito e le forze, divengono tristi, abbattuti, poco capaci a travagli intellettuali o manuali; essi soffrono delle inquietitudini nelle membra, de' brividi, e qualche volta un poco di diarrea; questo stato malaticcio può resistere da uno a quindici giorni. Intanto i fenomeni d'invasione si manifestano tosto. I più costanti sono una forte cefalalgia frontale, de' brividi più o meno intensi e ripetuti, una tale debolezza, che i malati sono obbligati di abbandonare il lavoro; a questi sintomi si uniscano l'epistassi, e specialmente le coliche, e la diarrea, le quali si osservano nella maggior parte de' casi fin dalle prime ventiquattr'ore. Tali sono i fenomeni che generalmente indicano l'invasione della malattia. Subbito sopravvengono novelli accidenti; ma per seguirne esattamente lo svolgimento ed il corso, bisogna, a l'esempio di Chomel, dividere la malattia in tre distinti periodi che anno una durata variabile, ma che per ciascuno di essi può essere però valutata a sette giorni.

Primo stadio. — In questo primo periodo, i malati accusano una cefalalgia generalmente viva, intensa, lancinante, o ottusa; la fisionomia alterata esprime l'abbattimento; l'intelletto è più o meno ottuso; le risposte tarde, stentate; qualche volta, allo sviluppo della malattia si osserva divagamento nelle idee, o anche delirio completo, mania, con una estrema agitazione. Questo caso è però raro. Vi è prostrazione di forze; posizione nel letto supina ed immobile; i malati non possono sostenersi in piedi senza essere assistiti; il loro camminare è barcollante, ineguale, e somiglia a quello degl'individui ubriachi. Si lagua-

no di vertigini, d'offuscamenti, di tintinni, di sussuri negl'orecchi; alcune volte l'udito è già meno perfetto. La maggior parte anno l'epistassi, in generale poco abbondanti; ma alcune volte gravi da richiedere il tamponaggio; spesso non si osserva che un leggiero stillicidio; in quest'ultimo caso, succede, per effetto della posizione orizzontale che i malati ordinariamente guardano nel letto, che il sangue scola nel faringe, ove forma uno strato, o delle strie nerastre, le quali si scorgono facilmente facendo aprire la bocca; o presto o tardi questi grumi vengono espulsi sotto l'espettorazione in forma di sputi aggomitolati e nerastri. In questo stesso periodo della malattia, la bocca è pastosa, amara; la lingua biancastra, poco umida, si attacca alle dita; la sete è viva, l'appetito abolito, spesso vi è nausea, e vomito sopra tutto di materie verdastre amare. Il ventre, più timpanitico dell'ordinario è la sede di coliche; la pressione è spesso dolorosa all'ombelico, ma specialmente nella fossa iliaca destra, ove, premendo colla mano, si stabilisce il gorgogliamento; vi sono eiezioni ventrali liquide giallastre più o meno numerose. La milza è aumentata di volume, ciò che si determina percotendo l'ippocondrico sinistro, il quale presenta un suono matto in una grande estensione; oltrepassando l'organo le coste spurie si può sentire a traverso delle pareti addominali. La pelle è calda e secca; il termometro piazzato sotto l'ascella segna spesso 40 o 41.° (Roger); il polso dà generalmente più di 100 pulsazioni in ogni minuto; è molle e depresso, spesso però è grande, duro, doppio. In quest'ultimo caso, siccome l'è osservato per la prima volta il signor Beau; non è raro trovare nelle carotidi un fremito di soffio più o meno forte. In questo periodo per lo più vi è un poco di tosse; i malati espettorano de' sputi generalmente grigiastri, che difficilmente si distaccano, specialmente a causa della estrema viscosità. In quasi tutti i casi, l'ascoltazione del petto fa scoprire un rantolo sibilante e sonoro, disseminato con dissuguaglianza, o pure esistente nelle due parti ed in tutta l'altezza de' polmoni, senza però una dispnea proporzionata all'intensità ed estensione de' sussuri morbosi. È frequente sentire alla parte posteriore, verso il terzo o quarto inferiore, de' rantoli mucosi e sotto crepitanti, misti o pur no a rantoli sibilanti e sonori de' quali abbiám parlato. Vi è mancanza assoluta del sonno, o i malati sono assopiti e tormentati da visioni e da sogni penosi. Finalmente, spesso alla fine di quest'ultimo stadio si manifesta l'eruzione. Questa eruzione consiste nella comparsa d'un numero più o meno notevole di macchie rosse da 1 a 5 millimetri di diametro, rotonde, e poco o niente protuberanti, che scompaiono sotto la pressione, come la rossezza dell'eritema; comunemente anno sede sulla pelle dell'addome, qualche volta sul petto, e ra-

rissimamente sulle membra. Possono aver luogo molte eruzioni successive; ciascuna di esse dura due o quattro giorni; le macchie si fanno pallide e scompaiono a poco a poco senza lasciare alcuna traccia. Opino che l'eruzione tifoidea non sia stata mai osservata prima dal quinto giorno; comunemente si manifesta dal settimo al dodicesimo, e non si è più veduta dopo il trentesimo quinto giorno. Questo fenomeno manca raramente; benchè possa essere osservato nel corso delle altre malattie acute, pur non ostante è quasi sempre speciale dell'affezione tifoidea.

Secondo stadio. — Alla fine del primo settenario, la cefalalgia è diminuita, o anche completamente cessata; ma tutti gl'altri sintomi si sono aggravati, ed altri accidenti son comparsi, specialmente del sistema nervoso. Quindi lo stupore è profondo, la fisionomia immobile, la prostrazione accresciuta, la sordità completa, le membra sono agitate da sussulti, qualche volta veri movimenti convulsivi hanno luogo; vi è rigidità, carologia. Il delirio, se ancora manca, si manifesta, ora è leggero, e solamente passeggero; specialmente la notte, ora è continuo; i malati allora gl'unì son calmi, gl'altri più o meno agitati ed anche furiosi, sino a dover ricorrere al busto per fissarli nel letto; finalmente molti cadono prontamente in uno stato di sonnolenza e di coma vigile. Questi differenti disturbi dipendenti dal sistema nervoso, comunemente chiamati sintomi atassici della malattia, possono osservarsi nello stesso individuo, e spesso alternano gl'unì con gl'altri.

In questo secondo stadio della malattia, la lingua è tremola ed affatto secca; il più spesso coverta, come pure le labbra ed i denti, da patina prima grigia, poi bruna, quindi nera e lucida, alla quale si dà il nome di fuliginosità. Molti pensano questa materia essere formata dal sangue che si esala dalla mucosa della bocca; ma essa dipende piuttosto dal disseccamento della saliva e de' muchi. Quando la lingua è completamente coverta da questa patina, si mostra piccola, agrinzita, secca e dura come un pezzo di sughero o di legno; sul dorso di essa si veggono delle fittene, che da alcuni autori sommi sono state considerate come tante ulcerazioni; ma l'accurato esame dell'organo ci ha convinti che queste fenditure non interessano affatto il tessuto della lingua, ma solamente lo strato concreto che la riveste.

In questo stadio, la sete generalmente è meno intensa; la deglutizione de' liquidi spesso difficile, ora per effetto della paralisi de' muscoli del faringe e dell'esofago, ora per effetto di qualche alterazione della gola o dell'epiglottide, o anche per effetto dell'aridità, della secchezza del faringe, che sotto l'osservazione si manifesta rossa, levigata, lucidissima e coverta di sangue o di muchi disseccati. In questo stesso stadio il

meteorismo è di molto accresciuto, e la percussione dà un suono considerevole in tutti i punti; la distensione degl'intestini è qualche volta talmente grande, che il diaframma si trova impegnato verso il petto, e ciò rende incomoda la respirazione, ed accresce l'ansietà de' malati. La diarrea manifestatesi allo sviluppo della malattia; persiste; qualche volta è anche più abbondante; ed i materiali si immettono spesso involontariamente. In molti individui, la vescica paralizzata si rilascia per la presenza delle urine. Questo liquido è raramente alterato; le urine torbide, nere, fetide, che gli antichi indicavano come frequenti, sono al contrario un accidente raro. Il signor Rayer à pure mostrato, contro l'assertiva di alcuni moderni autori, che, nella febbre tifoidea, l'urina non è mai alcalina, anche ne' stadi e nelle forme le più gravi della malattia. In questi malati, il polso rimane più o meno frequente; spesse volte si fa piccolo, debole, depresso, qualche volta ineguale, qualche altra volta si rallenta, e si osserva pure al di sotto della sua frequenza normale. La pelle, generalmente di un calore arido, pungente al tatto, qualche volta si presenta inferiore dell'ordinario. Finalmente particolari accidenti hanno luogo per parte della pelle; poichè, oltre l'eruzione tifoidea già descritta si osservano i sudori, le petecchie e specialmente l'escare.

I Sudamina sono piccole vescichette semisferiche, trasparenti, da $1\frac{1}{2}$ millimetro ad 1 millimetro di diametro, confluenti, in generale molto numerose. Si osservano sopra tutto in vicinanza degl'inguini, delle ascelle, sulle parti laterali del collo, qualche volta su tutto il tronco, ed anche alle membra. Questa eruzione spesso passa inosservata; poichè ordinariamente non è osservabile che al tatto, o quando si esamina obliquamente la parte sulla quale à luogo. Toccando leggermente col polpastrello del dito, si ha una sensazione di piccole ineguaglianze, le quali facilmente si schiacciano ed umettano il dito. Il signor Andral ed altri hanno conosciuto dal liquido contenuto nelle vescichette una reazione acida. Alla fine di alcuni giorni, questo liquido si fa oscuro o opaco, l'epiderme si agrinza, ed una squamazione finalmente à luogo. Alcuni hanno creduto che l'eruzione de' sudamina fosse sempre preceduta da sudori abbondanti. Ma noi pensiamo piuttosto col signor Louis, che i sudamina non sono affatto in rapporto costante con i sudori; che essi sono qualche volta in ragione inversa con questi, cioè numerosi, quando i sudori sono poco abbondanti, e reciprocamente. Aggiungiamo, finalmente, che la manifestazione de' sudamina non è affatto critica, e che questa eruzione non diminuisce nè accresce il pericolo.

Le petecchie, piccole ecchimosi rotonde possono manifestarsi nella stessa epoca de' sudamina; sono però più rare di que-

sti e delle macchie rosse lenticolari (vedi per la loro descrizione l'articolo rosalia).

Tra tutte le malattie acute, la febbre tifoidea è ancora quella nella quale si osservano più spesso gli arrossimenti, le ulcerazioni e l'escare su i comuni integumenti. Questa complicazione sopravviene, secondo il signor Louis, nella sesta parte circa degl'individui. L'escare si formano specialmente sulle parti che sostengono il peso del corpo, come il sacro le natiche, e sopra tutto nelle ineavature che le dividono dalle cosce; se ne osservano frequentemente su i trocanteri, su i calcagni, sopra i gomiti, ed anche all'occipite. Alcune volte la disorganizzazione colpisce le superficie delle piaghe superficiali, come i vescicatori, le morsicature delle sanguisughe, ed anche i punti i quali sono stati momentaneamente irritati da senapismi. In altri la gangrena delle parti esterne succede spontaneamente, senza causa manifesta; così ho veduto sopravvenire lo sfacelo della pelle della coscia, dello scroto, del piede e del labbro inferiore. Finalmente è facile vedere nascere sulle natiche, come pure alla parte posteriore delle cosce e del tronco, regioni spesso irritate dal contatto dell'urina e delle fecce, delle pustole colligative le quali frequentemente si esulcerano.

Terzo stadio. — I sintomi variano secondo il modo con cui termina la malattia. Se l'esito dovrà esser funesto, tutti i sintomi si aggravano, la fisionomia si altera maggiormente, la faccia diviene ippocratica, la voce tremola, la respirazione difficile, la pelle si covre di sudori glutinosi; gl'infermi cadono in uno stato comatoso e muiono. Se poi la febbre termina colla salute, si osserva da prima una diminuzione dello stupore; così il malato, per lungo tempo indifferente, sembra prendere interesse di ciò che lo circonda; un sonno tranquillo succede al delirio o al coma, la bocca si spoglia, la lingua diviene umida, il meteorismo diminuisce. L'eciezioni ventrali finiscono di essere involontarie, il polso perde la sua frequenza, la pelle il suo calore, l'appetito rinasce, ed un lavoro di eliminazione separa l'escare. La miglioria però coincide raramente con la manifestazione di qualche fenomeno critico. I signori Chomel e Genest hanno pure provato che la dottrina ippocratica de' giorni critici, applicata allo studio della febbre tifoidea; è priva di fondamento.

Febbre tifoidea dell'infanzia. — La febbre tifoidea dell'infanzia presenta gli stessi caratteri dell'adulto; ma alcuni de'sintomi principali non hanno affatto lo stesso grado di frequenza ne' due casi; così i vomiti, che il signor Louis raramente ha osservati nello sviluppo, secondo il signor Taupin si osservano a quest'epoca quasi nella metà de' ragazzi. Sembra pure, secondo i signori Rilliet e Barthez, che il gonfiamento della milza si

osserva solamente nel terzo o nel quarto de' malati; questo risultato, tuttavia, è in opposizione con quello del signor Taurin, il quale indica l'accrescimento di volume della milza come un fenomeno quasi costante. Ne' ragazzi, la lingua, benchè arida come negli adulti, offre però meno che in quest'ultimi l'indurimento e le fittini. La ritenzione d'urine è pure un accidente molto raro; lo stesso si dirà del delirio, almeno nello sviluppo; è raro pure che questo sintoma si presenti in alcun'epoca della malattia con una tale violenza, da essere obbligati di fissare i malati nel loro letto col busto di forza. Finalmente le macchie rosse ed i segni del catarro, benchè ordinari nella febbre tifoidea dell'infanzia, sono però meno costanti che nell'adulto; lo stesso diremo dell'epistassi, come pure de' sussuri e delle vertigini; spesso la poca frequenza di questi sintomi è forse apparente, e dipende dalla difficoltà in cui si è di poterli ben determinare nella tenera età. In ultimo vedremo che la febbre tifoidea de' fanciulli differisce ancora da quella degli adulti per la minor frequenza ne' primi di alcune complicazioni le più gravi, come la gangrena, la perforazione e l'emorragie intestinali.

Sotto il rapporto anatomico, sembra che ne' ragazzi non si osservano mai le piastre dure. Si dice pure che in essi le alterazioni sono tarde, e che finalmente la cicatrizzazione à luogo più rapidamente. Questi fatti àn bisogno di essere verificati.

Forme della febbre tifoidea. — I diversi sintomi della febbre tifoidea enumerati precedentemente si aggruppano in diversi modi; alcuni possono più o meno predominare sotto l'influenza di certe condizioni individuali o esterne di difficile conoscenza: ciò imprime alla malattia una fisionomia speciale. In conseguenza di questa considerazione, diverse forme o varietà della febbre tifoidea sono state stabilite. Le principali sono; le forme infiammatoria, biliosa, mucosa, adinamica, atassica e latente.

1.° *Forma infiammatoria.* — Nella forma infiammatoria, il polso offre l'energia e la pienezza che osservasi nella febbre angiotenica. Il calore è vivo; i tegumenti iniettati; l'urina è rossa, scarsa, la sete intensa. Questo stato generalmente non è che momentaneo, e comunemente si vede sostituito, dopo alcuni giorni, o alla fine del primo settenario, dall'apparato sintomatico, che vedremo tosto caratterizzare le forme adinamiche ed atassiche.

2.° *Forma biliosa o gastrica.* — Questa forma è più rara della precedente, ed è caratterizzata da sintomi biliosi, cioè bocca amara, lingua giallastra: nausea, vomiti, colorito giallo, calor vivo della pelle, polsi duri. Si dice che questa forma regna ordinariamente nell'autunno e nell'està. Le febbri ti-

foidee che Tissot osservò a Lusanna nell'epidemia del 1755, rivestivano la forma biliosa, e quest'era ancora il carattere della costituzione regnante. La forma biliosa offre le stesse trasformazioni della forma infiammatoria.

3.^o *Forma mucosa*. — Si osserva, come dicesi, negl'individui indeboliti a causa d'una cattiva vitellazione, o che abitano luoghi umidi e malsani. In questa varietà della malattia, la faccia è pallida e gonfia; la lingua bianca, la bocca pastosa; gli escrementi viscidì; molti segni catarrali si manifestano in molte mucose. Nella epidemia di Goettingue, descritta da Roederer e Wagler, questa forma sembra esser esistita nella maggior parte de' casi; gli accidenti adinamici succedono spesso.

4.^o *Forma adinamica o putrida*. — Questa forma è la più frequente ad osservarsi a Parigi. Nella terza parte de' casi, essa è primitiva (Chomel); altre volte è consecutiva delle forme precedenti. In questa forma si osserva specialmente, in grado più eminente la stupidità della faccia, la prostrazione estrema delle forze, il coma, i polsi piccoli e lenti, il raffreddamento del corpo, l'evacuazioni ventrali felide, la bocca fuliginosa, l'emorragie passive e l'escare.

5.^o *Forma atassica, nervosa maligna o cerebrale*. — In questa varietà della malattia, predominano sopra tutto i disturbi nervosi; così il delirio, i sussulti de' tendini, la carfologia, le convulsioni, la rigidità, il pervertimento de' sensi. Convien rapportare alla forma atassica la febbre che Huxham à descritta sotto il nome improprio di febbre lento-nervosa, a causa della lentezza apparente e della falsa benignità de' suoi sintomi.

Le cinque forme della febbre tifoidea da noi indicate, comprendono a poco presso le differenti specie delle febbri continue gravi, ammesse dagli antichi piretologi. Mi affretto perciò di dire esser cosa rara vedere le differenti forme da noi enumerate, manifestarsi con caratteri così distinti, così isolati siccome potrebbe credersi dietro le descrizioni date di ciascuna di esse. In fatti, queste varietà comunemente si trovano combinate tra esse; in molti casi riesce anche difficile di poter dare un giudizio sulla forma della malattia; e ciò avviene, per esempio, quando i sintomi infiammatori, biliosi, atassici o adinamici coesistono uniti e predominano a poco presso al medesimo grado. Checchè ne sia, possiam dire col signor professor Forget che le forme adinamica ed atassica sono le più frequenti di tutte, perchè esse sono il centro comune di tutte le altre, perchè quelle le quali caratterizzano qualunque febbre tifoidea confermata, finalmente perchè pochi malati muoiono senza averle manifestate.

Forme latenti. — Avendo riguardo alla maggiore o minor gravezza, le febbri tifoidee sono state divise in *gravi*, *medie* e *benigne*. Quest' ultime possono essere caratterizzate così distintamente come la forma la più grave; solamente tutti i sintomi sono estremamente benigni. Altre volte i principali sintomi, non solamente sono manifesti per la loro poco intensità, ma molti mancano ancora, o non sono che elimeri. Così si veggono malati ne' quali un apparato febbrile continuo, di mediocre intensità, e la perdita dell'appetito sono quasi i soli sintomi che fissano l'attenzione del medico; se la cefalalgia si è manifestata allo sviluppo, è stata solamente passeggera e poco intensa, la diarrea poco abbondante, la prostrazione poco risentita. A questi casi, frequenti nella pratica è stato dato il nome di *febbri tifoidee latenti*; queste malattie guariscono prima che la diagnosi fosse stabilita; intanto alcuni malati periscono molte volte per effetto d' un' istantanea esacerbazione ne' sintomi, e più spesso per la comparsa di nuovi fenomeni, come un' emorragia o un perforamento intestinale, accidenti che costituiscono in modo assoluto la diagnosi, sin allora dubbiosa.

Corso della malattia. — Dalla descrizione de' sintomi; abbiamo veduto quale sia l' andamento ordinario della febbre tifoidea; e si può esser convinti che, siccome la maggior parte delle affezioni, essa aveva un corso regolare, sia che aggravandosi sempre, avesse un esito funesto, sia che, giunto all' apice, declinasse inseguito progressivamente. Vi sono casi però in cui la malattia non à un corso così semplice; quindi si osserva alcune volte, e specialmente nel secondo stadio, che l' esacerbazioni e le migliorie istantanee si manifestono, passeggera però, da rendere il pronostico incerto. La febbre, nell' affezione tifoidea, è essenzialmente continente, ma può presentare, come nella maggior parte delle malattie acute, esacerbazioni, che ordinariamente hanno luogo verso la sera. In alcuni casi queste esacerbazioni ritornano regolarmente, sono precedute dal freddo, e seguite dal sudore, come nelle febbri remittenti; questa periodicità è generalmente poco marcata, e quando esiste manifestamente, è di poco durata.

Convalescenza. — La convalescenza à una durata quasi sempre proporzionata alla gravezza della malattia; è tanto più lunga per quanto le forze sono state annichilate dall' affezione e gli accidenti che l' anno complicate.

Gli individui che si guariscono dalla febbre tifoidea, sono per lo più magri; l' appetito si manifesta sollecitamente, e la fame è spesso imponente. I fenomeni che si osservano in alcuni convalescenti sono: spesse volte edema doloroso alle estremità inferiori, che occupando altre volte ne' ragazzi tutta la periferia del corpo forma (l' Anasarca); la caduta de' capelli è e-

gualmente frequente ne' giovani; ma l'esito più frequente è il disturbo delle facoltà intellettuali, una specie di pazzia che spontaneamente si dissipa in generale, a misura che le forze si ripigliano. In molti individui l'udito ritorna lentamente; ciò si osserva specialmente in quelli che hanno sofferto uno scolo purulento dalle orecchie, quest' accidente si osserva forse nella ventesima parte degl' individui, ad un' epoca molto avanzata della malattia, cioè dal ventesimo al quarantesimo giorno; qualche volta si accompagna la perforazione della membrana del timpano, siccome il signor dottor Menier me lo ha fatto molte volte osservare. In quest' ultimo caso l'udito rimane più o meno ottuso.

Ricadute, malattie consecutive. — Stabilita la convalescenza, può essere attraversata da una ricaduta; questa sopravviene ora senza causa, ma più spesso è provocata da imprudenze ed abusi dietetici. Altre volte è una novella malattia che scoppia, come una febbre eruttiva. Finalmente alcune volte la convalescenza, perfettamente stabilita, si fa languida, le forze si abbassano, e tutti i segni d' un' etisia polmonare o d' una peritonite tosto si manifestano. La tubercolosi, sopravvenendo in queste condizioni, siegue quasi sempre un andamento molto rapido.

Recidive. — Sembra dimostrato oggi che la febbre tifoidea, come il vaiuolo, il morbillo, la scarlatina, non assalgano che una sol volta lo stesso individuo. Son certo che fin ora non sia stato osservato un sol caso di recidiva ben autentica. Al contrario le ricadute sono frequenti, e per la maggior parte provocate dagli abusi dietetici.

Durata. — L' affezione tifoidea si distingue ancora dalle altre malattie acute febbrili per la sua durata quasi sempre notabile, comunque benigni possino d'altronde essere i suoi sintomi. Se qualche volta i malati anno mostrato di essere convalescenti sin dall' ottavo giorno; questi fatti non devono riguardarsi che come eccezionali; poicchè, anche quando la malattia è assai benigna, la convalescenza à luogo solamente verso la fine del secondo settenario.

Ne' casi gravi, la durata media è di vent' otto a trenta due giorni. Credo che i due estremi ne' quali può aver luogo la convalescenza siano il dodicesimo e l'ottantesimo giorno. D'altronde a cose eguali, si può stabilire, co' signori Chomel e Genest, che, di tutte le varietà della febbre tifoidea, la forma adinamica è quella di più lunga durata.

Se la febbre tifoidea à un esito funesto, la morte à luogo raramente prima del settimo giorno; e la maggior parte degl' individui muoiono quasi sempre tra il secondo e terzo stadio, cioè a dire, tra il secondo e terzo settenario.

Complicazioni. — La febbre tifoidea può essere complicata a diversi accidenti; i più frequenti sono: la peritonite consecua-

tiva alla perforazione dell' intestino , l' emorragie intestinali , le infiammazioni delle vie respiratorie , la resipela della faccia , la otite , le parotiti e l' escare.

1.^o *Peritonite per perforazione.* — La perforazione intestinale è l' accidente più grave che possa sopravvenire nel corso della febbre tifoidea. Allorchè le aderenze protettatrici non sono organizzate prima che la perforazione abbia luogo , i gas e le materie fecali si spandono nel peritoneo , e producono inevitabilmente una peritonite peracuta. Quando a luogo l' accidente , i malati provano un dolore istantaneo , spesso talmente vivo da mandar fuori de' gridi ; esso comincia nel punto in cui la perforazione si opera , e si propaga in tutto il ventre. Intanto quando i malati sono assai deboli e la sensibilità ottusa , il dolore può in qualche modo mancare. Nel caso in cui esiste , la pressione lo esacerba di molto , esso è accompagnato da brividi , da raffreddamenti del corpo , da un' alterazione profonda del volto , da vomiti , da una frequenza eccessiva del polso , che per altro è piccolo e depresso. In questi casi vi è quasi sempre diminuzione ed anche soppressione dell' evacuazioni ventrali. La morte è quasi sempre luogo dopo le sei o quarant' ore. Un malato del signor Lotis non è morto però che dopo sette giorni. La perforazione intestinale è un accidente il quale si manifesta senza prodromi e quando meno si aspetta , tanto ne' casi gravi come ne' più benigni , ed anche in quelli , come lo abbiamo detto , in cui la diagnosi offre la più grande incertezza. Un meteorismo troppo notevole , una pressione smodata nella fossa iliaca può determinare il fenomeno di gorgogliamento , possono favorire o provocare la perforazione ; ma in generale questo spaventevole accidente sopravviene senza causa manifesta ed in modo affatto impreveduto. E meno frequente ne' fanciulli che negl' adulti : Si osserva in quest' ultimi appena una volta su cinquant' o sessanta.

2.^o *Emorragie intestinali.* — L' emorragie intestinali sono prodotte , ora dalla erosione d' un vaso , più spesso può essere passiva e per semplice esalazione. Il sangue è qualche volta abbondante , allora si manda puro , liquido o a grumi nerastri ; o in piccola quantità , ed in questo caso è intimamente combinato alle materie fecali , e può essere inosservato. Quando la perdita del sangue è abbondante , si osservano tutti i segni delle emorragie interne : li farò osservare appresso (vedi Emorragie). L' emorragia intestinale è un sintoma grave , che può produrre la morte ; quasi sempre aumenta la debolezza , benchè sia d' altronde poco abbondante ; è dubbio che sia stata mai critica. Questa complicazione , frequente nell' adulto , è rara nella febbre tifoidea del giovane , o si manifesta una sol volta in cento casi , cioè otto o dieci volte meno spesso dell' adulto.

3.° *Enterite*. — L'enterite, complicazione affatto secondaria nell'adulto, sembra al contrario rappresentare un fatto importante nella febbre tifoidea del giovane. L'infiammazione ed il rammollimento della mucosa dell'intestino crasso e dell'intestino tenue sono stati osservati da' signori Rilliet e Barthez dicessette volte in ventisette casi. Questa lesione sembra stabilire un aumento de' dolori addominali, della diarrea e del meteorismo. Questa grave complicanza, è tanto più comune in quanto i fanciulli sono più giovani.

4.° *Infiammazione delle vie respiratorie*. — La pneumonia è una delle complicanze più comuni della febbre tifoidea. Io l'ho osservata nel settimo degl'individui; il signor Louis l'ha osservata in un sesto; quest'ultima proporzione è a poco presso quella che si osserva ne' ragazzi. In quanto ai segni per i quali si potrà riconoscere, li farò osservare appresso. (vedi Pneumonia).

5.° *Resipola della faccia*. — Questa complicanza si osserva nella ventesima o trentesima parte degl'individui. La resipola, manifestandosi in queste condizioni, generalmente è poco intensa, spesso è parziale, ed è accompagnata da poco gonfiamento. Però costantemente produce la prostrazione delle forze. La metà de' malati circa periscono.

6.° *Otite*. — L'otite è meno frequente nell'adulto, più nel ragazzo, nel quale si osserva in un decimo circa degl'individui. Ordinariamente non è accompagnata da alcun dolore, e non viene caratterizzata che dallo scolo puriforme e dalla sordità. A torto i medici dunque rapportano costantemente quest'ultimo sintoma, sì comune nella febbre tifoidea, ad un disturbo puramente nervoso, mentre che in molti casi (ed ignoro ancora la loro proporzione) si lega alla infiammazione dell'orecchio interno, o del meato uditorio esterno.

7.° *Parotiti*. — Le parotiti sono complicanze rare in tutte l'età, e non possono considerarsi come movimenti critici favorevoli che nella minima parte de' casi.

8.° *Escare*. — Abbiám parlato precedentemente dell'escare, sintoma pericoloso, perchè indica un gran disturbo nella economia. In oltre, la cangrena può per se stessa essere causa di morte; perchè, quando l'escare si distaccano, molti malati periscono per l'abbondante suppurazione, o perchè l'organismo indebolito non può supplire alle spese della cicatrizzazione. Questo grave accidente si osserva quasi due volte più spesso nell'adulto che nel ragazzo. Quest'ultimo non n'è assalito che una volta su diciotto.

Diagnosi differenziale. — Tra i molteplici sintomi che si osservano nella febbre tifoidea, non ve n'è un solo patognomonico; in guisa che, per stabilire la diagnosi della malattia, bi-

sogna riunire o rannodare un certo numero di sintomi generali e locali. Alcuni fenomeni sono di grande importanza, perchè raramente si osservano nel corso delle altre malattie acute, e quando si affacciano, sono meno contrassegnati di quello lo sono nella febbre tifoidea; son questi la cefalalgia intensa e continua, l'epistassi, le macchie rosse lenticolari, i sudamina, l'escarè, il meteorismo, il gorgogliamento nella fossa iliaca destra, l'emorragie intestinali, l'accresciuto volume della milza, lo stupore, il delirio, l'assopimento, o la veglia, la debolezza estrema, che non è in rapporto con gl'altri sintomi, la contrazione ed i sussulti, fenomeni la cui riunione o l'esistenza in maggior o minor numero nello stesso individuo, stabilisce necessariamente una febbre tifoidea.

La diagnosi però presenta più o meno difficoltà nel maggior numero de' casi; in fatti allo sviluppo della malattia, quando si osserva cefalalgia, febbre, anoressia, sete, diarrea, debolezza, è impossibile poter dire se questa sia piuttosto una febbre tifoidea che assale anzi che un'altra malattia acuta. In fatti, vi sono molte affezioni, le quali rassomigliano molto alla febbre tifoidea; tali sono, in particolare le febbri eruttive, e specialmente il vaiuolo nel suo primo stadio, il gastricismo con febbre, le affezioni catarrali poco intense, la febbre infiammatoria, finalmente molte flemmasie viscerali; in guisa che, per precisare la diagnosi, spesso si è obbligati aspettare la manifestazione di altri sintomi, come il meteorismo, il gonfiamento della milza, le macchie, ec. Se però in casi dubbj la debolezza è grande, vi è veglia, sussuri negli orecchi e vertigini, bisognerà *inclinare* per l'esistenza d'una febbre tifoidea.

Secondo il signor Delarrouque, al contrario, la diagnosi della febbre tifoidea potrebbe con certezza stabilirsi al momento dell'invasione, perchè, secondo lui, dal primo al secondo giorno, si troverebbero aggruppati costantemente quattro caratteri, la di cui riunione costituirebbe il vero segno caratteristico dello stato tifoideo: 1.° lo stupore, 2.° la dilatazione delle pupille, 3.° la fuliggine o la patina brunastra dell'interno delle narici, 4.° il gorgogliamento ileo ciecale. Pertanto questi fenomeni non mi sembrano così costanti allo sviluppo siccome lo pensa il signor Delarrouque; crediamo anzi che essi manchino nella maggior parte de' casi leggieri, ed in un gran numero di altri che hanno solamente una media intensità. Dopo il primo settenario, però, la diagnosi è raramente incerta; poicchè, se mancano le macchie, ed il meteorismo, lo stupore, l'epistassi, l'emorragie intestinali, pur nondimeno, avendo riguardo solamente alla durata della febbre, si dovrebbe presumere trattarsi di un' affezione tifoidea.

In fatti, con molta ragione; il signor Chomel à stabilito nella sua *Patologia generale*, che, una febbre acuta la quale persiste al di là dell'ottavo giorno, e che sino a quest'epoca, dietro esplorazioni metodiche e ripetute, non à manifestato alcun segno locale d'una flemmasia bastantemente intensa capace di spiegarla, deve riportarsi alla malattia tifoidea, almeno nel nostro clima e nel corso abituale del nostro stato sanitario. L'esame del sangue può inoltre aiutare per determinar la causa del movimento febbrile: in fatti, se questo è sintomatico di qualche flemmasia, si osserverà tosto un aumento considerevole della fibrina; mentre nelle piressie semplici, abbiamo veduto che questo principio non si aumenta mai, e rimane spesso nello stato normale, o diminuisce qualche volta (Andral).

L'età de' malati stabilisce pure un elemento prezioso per la diagnosi. Vedremo in fatti, che la febbre tifoidea non assale quasi mai i vecchi; quando dunque negl'individui al di là di cinquantacinque o sessant'anni, si osserva un apparato sintomatico il quale può indicare l'affezione delle glandole di Peyer, si allontanerà subito l'idea di questa lesione, e si cercherà nel palema di qualche organo profondo e soprattutto nel petto, la causa dello stato tifoideo che si osserva. D'altronde qualunque sia l'età degl'individui, è impossibile, per poco che si possa essere vigilante ed istruito, confondere per lungo tempo lo stato tifoideo appartenente all'alterazione delle piastre dell'intestino, e quello ch'è sintomatico di qualche flemmasia viscerale; poichè in grazia de' progressi che la diagnosi à fatto in questo secolo delle affezioni locali, non si può essere per lungo tempo incerti sulla causa de' sintomi adinamici che si osservano. Le malattie che simulano più la forma adinamica della febbre tifoidea sono: le flemmasie toraciche, la peritonite, soprattutto quella che assale le donne nel parto, la flebite, la coriza acuta, le malattie delle vie urinarie, lo stadio di reazione della colera asiatica. Ma si vedrà, quando tratteremo di ciascuna di queste malattie, avendo riguardo all'età degl'individui, alle circostanze nelle quali si osservano, e sopra tutto ai fenomeni che l'esplorazione degl'organi ci ha dati, il modo con cui più sicuramente potrà evitarsi l'errore su la natura della malattia.

Nella febbre tifoidea atassica, quando specialmente i malati ànno un delirio violento, molti sconsoscono l'affezione, ed ammettono l'esistenza d'una flemmasia delle meningi e del cervello. Quest'errore, che può avere funestissimi risultati, non avrà luogo che in casi rarissimi, quando cioè mancheranno tutti gl'indizi sugl'antecedenti de' malati, e quando la maggior parte de' sintomi della febbre tifoidea non esistono. Si potrà quasi sempre stabilire la diagnosi differenziale paragonando i sintomi e l'anda-

mento differente che seguono la febbre tifoidea e le flemmasie encefaliche, e di ciò ci occuperemo in appresso.

Faremo d'altronde conoscere l'impossibilità di poter confondere la febbre tifoidea con l'enterite, almeno nell'adulto; mentre che nel ragazzo, l'enterite intensa offre alcune volte tanta rassomiglianza colla forma grave della febbre tifoidea, da riuscir difficile la diagnosi differenziale delle due affezioni. Ne parleremo d'altronde su questo soggetto quando tratteremo dell'infiammazione degl'intestini.

Pronostico. — Il pronostico della febbre tifoidea è sempre grave. Comunque benigna possa essere la malattia, è impossibile stabilire quale sarà il suo esito; poicchè bisogna sempre ricordarsi che ne' casi i più semplici ed i più benigni, e mentre tutto fa supporre un felice esito, un perforamento intestinale può aver luogo, ed uccide rapidamente i malati. Questo spaventevole accidente, che niente può far prevenire o provvedere, renderà sempre diffidente il medico prudente pel pronostico, anche quando i sintomi generali o locali a ciò l'autorizzassero. Indipendentemente poi dal carattere proprio della malattia, esistono ancora alcune circostanze particolari, come le condizioni dell'età o certi sintomi, i quali devono far modificare ancora il pronostico.

Se il sesso non esercita alcuna influenza manifesta sull'esito della malattia, non così però succede dell'età degli individui. Numerosi fatti hanno dimostrato che la febbre tifoidea è per eccellenza mortale nel ragazzo, poicchè a quest'età, uccide alcune volte, sia per se stessa, che per le complicitanze, più d'un quarto degl'individui (Rilliet, e Barthez): il signor Barrier però indica una mortalità d'un decimo. Checchè ne sia la malattia è grave specialmente ne' cinque primi anni della vita. Da quindici a venti anni, sembra uccidere minor numero d'individui che in tutte le altre età. Da venti a quarant'anni, il grado di mortalità, benchè un poco più considerevole che per lo innanzi, non varia molto, mentre al di là di questa età la proporzione de' morti sembra aumentare.

Gli individui indeboliti per mancanza di sufficiente nutrimento o da dispiaceri prolungati, gl'uomini di gracile costituzione, sono quelli in cui la malattia offre generalmente più gravezza.

L'influenza delle stagioni sulla mortalità non è ancora ben stabilita. Secondo Chomel la lentezza della invasione sarebbe una circostanza sfavorevole,

Tra i sintomi che danno più gravezza al pronostico, bisogna notare l'emorragia intestinale, poicchè più della metà de' malati che hanno presentato quest'accidente ne morirono. Un meteorismo considerevole e l'evacuazioni involontarie sono parimenti segni gravi, ma ad un minor grado del primo, e so-

prattutto della disfagia, specialmente quando questa è sintomatica della paralisi faringea.

Il *deliro* è sempre una circostanza aggravante; ma costituisce soprattutto un segno spaventevole quando si manifesta sin dallo sviluppo della malattia, e con tale violenza da dover far uso del busto di forza.

Il *coma*, quando è permanente, ed i *sussulti de' tendini* sono ancora uno de' sintomi i più spaventevoli; ma comunque gravi non indicano però una morte quasi certa, come le *convulsioni*, la *riggidezza tetanica* delle membra e la *faccia ippocratica*.

La *sordità* anche completa, non è un segno sì funesto come lo si crede generalmente. Alcuni anno considerato l'otorrea d'un favorevole augurio; ma questa è ancora una quistione dubbia. La *frequenza estrema del polso*, o il *rallentamento* che succede istantaneamente alla frequenza, e coincidendo coll' esacerbazione degl' altri sintomi, sono segni di più terribile presagio.

Tutte le forme della malattia sono pericolose; ma le forme *adinamica ed atassica*, e specialmente quest' ultima, sono quelle che presentano più pericolo.

Tutte le complicazioni accrescono necessariamente il pericolo della malattia. Così, quasi tutti quelli che sono affetti da *pneumonia* intercorrente muoiono sollecitamente. Quando esistono segni di *perforamento intestinale*, bisogna quasi disperare della salute dell' infermo. La formazione dell' *escare*, specialmente al *sacro*, e la *risipola alla faccia*, sono pure accidenti che devono molto preoccupare i medici.

Finalmente, dietro l'osservazione del signor Chomel, quando dopo una breve diminuzione de' sintomi, si vedono ricomparire gli accidenti con più intensità di prima, il pronostico è gravissimo; perchè in questi casi, la malattia è sempre un esito fatale. Le ricadute sono egualmente pericolosissime.

Etiologia della febbre tifoidea. — La ricerca delle cause predisponenti ed occasionali della malattia è stata fatta in questi ultimi tempi con molta cura: ecco quali risultati principali se ne sono ottenuti.

1.^o *Età.* — Risulta da' fatti registrati nelle opere de' signori Louis e Chomel che la malattia è il suo massimo di frequenza da diciotto a trent' anni, ed è rara al di là di quarant' anni; questi autori e noi stessi l'abbiamo osservata dopo cinquanta cinque anni. Intanto la malattia può manifestarsi negl' individui anche più vecchi.

I signori Lombard e Fauconnet, di Ginevra, rapportano (*Gazette médicale de 1843*) che tra mille malati colpiti da febbre tifoidea, se ne contavano cinque, i quali avevano da cinquanta a sessant' anni; essi citano ancora un settagenario il qua-

le, essendo perito a malattia avanzata, presentò la lesione caratteristica de' ganglii e delle piastre. Se questo fatto è autentico, sarà forse il solo che la scienza possiede; poichè dubbi legittimi devono sorgere sul caso presentato, or son cinque anni, dal signor Prus alla Società medica di Parigi. Nell'infanzia la febbre tifoidea è comune, come si può rilevare dalle ricerche de' signori Barrier, Taupin, Rilliet e Barthez. Si vede, infatti, da' travagli di questi autori, che l'affezione in parola è frequente da nove a quattordici anni; meno frequente da cinque ad otto, ed affatto rara ne' primi anni della vita. Si sono però osservati esempi sin da' primi mesi dell'esistenza; ed un fatto comunicatoci dal nostro amico il professor Charcclay alla società di Medicina d'Indre-et-Loire, prova che la febbre tifoidea potrebbe colpire il fanciullo rinchiuso ancora nel seno materno.

2.^o *Sesso, costituzione e professioni.* — Niente si conosce di positivo sulla predisposizione che esercitano il sesso, le costituzioni, le professioni, ec. Si è detto però che nella infanzia la malattia inerredeliva più ne' maschi che nelle femmine, e colpiva quelli che erano meglio sviluppati, con le apparenze della migliore costituzione (Rilliet e Barthez). Aggiungiamo che, in opposizione alle altre malattie, la febbre tifoidea assale quasi sempre primitivamente; e raramente si osserva tanto nell'adulto, quanto nel giovane, assalire i convalescenti.

3.^o *Cambiamento d'abitudini, avvezamento al clima.* — I signori Petit e Serres, Louis e Chomel, hanno mostrato che il maggior numero delle febbri tifoidee osservate a Parigi assalivano individui venuti dalle provincie, e non ancora abituati al clima. Ciò menerebbe a pensare che il cambiamento di abitudine, del clima, del nutrimento, costituisce una predisposizione posente per svolgere la malattia. Forse, come crede Piorry, la mancanza dell'aria libera è tale circostanza da poter per se stessa sviluppare la malattia. In ogni modo, l'alterazione dell'aria per effetto d'ingombro è una condizione spaventevole, la quale rende sempre più grave la malattia.

4.^o *Climi, località* — Nulla sappiamo di preciso sull'influenza de' climi, se non che la malattia regna in tutti i paesi d'Europa, ed è anche comune nell'America del Nord, meno spesso però di quello che lo è a Parigi. Essa si manifesta da per tutto con gli stessi fenomeni sintomatici; da per tutto essa è caratterizzata dalle stesse lesioni anatomiche, e riconosce per cause predisponenti quelle stesse, delle quali abbiamo riconosciuto l'influenza a Parigi.

In questi ultimi tempi, il signor Boudin ha mostrato che i luoghi paludosi si facevano distinguere per la rarità relativa alla febbre tifoidea; ma quest'opinione non trovandosi evidentemente confermata ne' documenti riuniti dall'autore nel suo in-

portante travaglio inserito nel 33.^o volume degl' *Annales d'hygiène*, deve essere considerata, almeno per ora, come una semplice assertiva.

5.^o *Cause occasionali*. — Per molto tempo il freddo, le privazioni, la miseria, tutte le cause debilitanti, sono state considerate come quelle che più influiscano allo svolgimento della malattia: intanto le ricerche de' signori Chomel e Louis hanno provato che tutte queste cause erano state ammesse molto gratuitamente; e se qualche volta la malattia succede immediatamente dopo qualche causa occasionale; nel maggior numero de' casi essa si manifesta in modo affatto spontaneo, cioè a dire, che la causa che la produce è affatto ignorata.

6.^o *Contagio*. — Il maggior numero de' medici, specialmente a Parigi, son d'avviso che la febbre tifoidea non sia affatto contagiosa. La loro opinione è fondata; 1.^o sul gran numero d'individui i quali si espongono impunemente al contagio; 2.^o dal perchè ne' nostri spedali, l'affezione non si trasmette agl'altri malati, quantunque molti di essi dormono ne' letti vicini a quelli occupati da individui affetti da febbre tifoidea.

Queste obiezioni sono solamente speciose: in fatti, se molte persone non sono colpite dalla febbre tifoidea, non ostante la cura che prestano a quelli che ne sono affetti; ciò prova che il contagio di questa malattia non assale necessariamente tutti quelli che si espongono. Se negli spedali si vede che la malattia non si propaga da letto in letto, ciò non ha niente di straordinario; poichè vediamo che lo stesso si verifica in molte malattie, manifestamente contagiose, come il morbillo; il quale raramente si comunica negli spedali agl'adulti, probabilmente perchè la maggior parte degl'individui hanno sofferto la malattia nell'età giovanile, e lo stesso forse à auto luogo per la febbre tifoidea, la quale è comunissima ne' ragazzi. D'altronde, non mancano esempi che individui entrati in un ospedale a causa d'una malattia qualunque, siano stati poi assaliti dalla febbre tifoidea; simili fatti sono stati osservati non solo da me; ma anche da' signori Louis, Chomel, Genest, e da molti altri. Quali prove possono fornire i fatti negativi, quando la scienza possiede già un numero infinito d'osservazioni che dimostrano la realtà del contagio? Così il signor Bretonneau, il primo in Francia, à rapportato molti fatti raccolti ne' villaggi e nelle piccole città (*Archives de 1820*) i quali provano che la malattia si trasmette mediante il contagio. I risultati ottenuti durante l'epidemia che regnò nella scuola della Flèche, nel 1826, meritano soprattutto d'essere conosciuti e meditati. La febbre tifoidea regnava alla Flèche e nel collegio; quattro pensionisti, ne morirono, ed i caratteri anatomici della malattia essendo stati accuratamente dimostrati, la scuola fu lasciata vuota. Tra gli

allievi che furono mandati presso i loro parenti, ventinove furono gravemente affetti dalla malattia stessa, ed otto la comunicarono a molte persone, che gli prestarono le loro cure. Tra questi allievi, uno trasmise, a Versaglia, la malattia alla sua sorella, questa alla sua domestica, e quest'ultima ad una sua amica, che venne a visitarla. Intanto fu dimostrato che questa febbre non regnava affatto a Versaglia prima dell'arrivo de' pensionisti della Flèche. Moltissimi altri esempi di contagio tifoideo sono stati veduti da signori Leuret a Nancy, Mistler e Ruef nella provincia del Basso Reno, dal signor Putegnat a Luneville, dal professor Forget a Strasbourg, dal signor Patry a Liguail, da signori Lombard e Fauconnet a Ginevra, dal sign. Feron a Bayeux, dal signor Castella a Neuchâtel, ec. Ma le più concludenti osservazioni in favor del contagio, sono state fatte dal dottor Gendron, del Château-du-Loir. Questo medico ha dimostrato, nel suo bellissimo travaglio sull'epidemie de' piccoli luoghi, inserito ne' due primi anni del *Journal des connaissances medico-Chirurgicales*, che la febbre tifoidea poteva essere direttamente trasmessa pel contatto immediato de' malati, o pel soggiorno nella loro atmosfera; indirettamente, o in seguito de' rapporti mediati con gl'individui che avvicinano i malati, o per aver maneggiato gli oggetti che han servito per quest'ultimi. Lo stesso autore ha provato che questi quattro modi di contagio erano, per la loro frequenza, in proporzione successivamente decrescente; che il contagio agiva in ragione della frequenza, delle comunicazioni e del numero degl'abitanti; che la malattia, raramente trasmissibile ne' primi quindici giorni, lo era specialmente nel terzo e quarto settenario, sino alla convalescenza; che esisteva uno stadio d'incubazione il quale non poteva essere che di ventiquattr'ore, mentre altre volte si prolungava per lo spazio di quindici giorni; nella maggior parte de' casi però non oltrepassa gl'otto giorni. Finalmente il signor Gendron ha mostrato in modo incontrastabile l'immunità che acquisterebbero gl'individui una prima volta colpiti dalla malattia.

Questi fatti sono importanti; sono stati osservati da un uomo per quanto coscenzioso altrettanto abile, e meritano perciò la nostra confidenza. Non può dunque più rinvocarsi in dubbio che la febbre tifoidea si trasmette col contagio. È vero, che il contagio non è così evidente a Parigi come nelle provincie, attesa la difficoltà di poter tener dietro al contagio in questa metropoli, come in tutte le grandi città. In fatti, non vediamo forse tutti i giorni individui colpiti dal vaiuolo, dal morbillo o dalla scarlattina, senza sapere come, e quando l'abbiamo contratti? ed intanto queste malattie non han potuto assalire senza il contagio. Dunque il contagio può solamente studiarsi nelle piccole città, dove tutti si conoscono, dove lo stesso medico, ve-

dendo tutti i malati, può tener dietro allo sviluppo ed al modo come si propagano le malattie.

Ne risulta da ciò che la febbre tifoidea è contagiosa: quindi la prudenza vuole che, quando la malattia si manifesta in una famiglia, si allontanino dal fomite del male gl' individui i quali, non ancora essendo stati affetti, sarebbero, per la loro età, più particolarmente predisposti a contrarla. Ma riconoscendo che la febbre tifoidea sia contagiosa, bisogna però ammettere esserlo ad un grado minore di molte altre malattie, per esempio, come le febbri eruttive. Pensiamo pure che, in opposizione a ciò che si osserva per quest' ultime, lo svolgimento della febbre tifoidea è più spesso spontaneo, anzi che l'effetto del contagio; questa proposizione vien contrastata dal signor Gendron. Siamo pure convinti che questo medico esagera gli effetti del contagio, quando dice che esso è la causa principale dell'epidemie della febbre tifoidea; mentre queste ci sembrano, al contrario, risultare piuttosto da cause ancora sconosciute, le quali svolgano quasi tutte le affezioni epidemiche.

Cura — Avendo prestato attenzione alla storia che ho data precedentemente della malattia, si stenterà a credere come abbiano potuto consigliare un modo uniforme del trattamento curativo, da applicarsi a tutti i casi, a tutte le forme ed a tutti i stadi dell'affezione; per esempio, che abbiano potuto prescrivere esclusivamente i tonici ed i stimolanti, gl' antisposmodici ed i salassi agl' individui la di cui debolezza era estrema, il polso piccolo e depresso, nello stesso modo come a quelli, le forze de' quali erano meno prostrate, ed il polso più largo e resistente; e pure ciò si è praticato. In fatti, molti medici non vedendo, nella febbre tifoidea, che una malattia *specific*a, hanno voluto opporle un trattamento egualmente specifico, o almeno una terapeutica la quale fosse in rapporto con la natura vera o supposta della malattia; ciò si vedrà per mezzo de' seguenti dettagli.

Trattamento Antiflogistico. — Il Signor Forget, di Strassbourg, per quanto dotto, altrettanto valente medico, ha dimostrato, nella sua eccellente opera, che quasi tutti i medici antichi avevano adoperato i salassi, più o meno largamente nel trattamento curativo della febbre tifoidea; il metodo antiflogistico si è pure usato nelle forme adinamiche ed atassiche. Citerò particolarmente Botal e Chirac, i quali facevano spesso 2, 3 ed anche 4 salassi nelle prime 24 o 36 ore. A' giorni nostri, la maggior parte de' medici, la di cui pratica è più autorevole, impiegano gl' antiflogistici con prudenza e misura, come altre volte praticava Baglivi, Pringle, Dehaën. I signori Andral, Chemel, Rostan, Cruveiller e Louis, si limitano il più spesso a prescrivere uno o due salassi generali e locali nello sviluppo

della malattia. Il signor Forget prescrive il salasso più largamente di questi Signori, poichè ne' casi gravi, à fatto cavare, mediante i salassi generali e locali un chilogramma, 93 gramme di sangue, per media proporzione; in modo che può calcolarsi, per media proporzione a 843 gramme la quantità che egli à fatto estrarre a ciascuno de' suoi malati. Ma quantunque il Signor Forget ammetti che i salassi devono formare la base del trattamento curativo delle febbri tifoidee, vuole però che sian proporzionati alla violenza della malattia, alle sue fasi, ed alle sue complicate. In ogni modo, da' risultati ottenuti dal signor Forget, si osserva che il salasso impiegato com'egli lo prescrive, non abbia recato vantaggio, poichè la sua mortalità generale è stata di circa uno sopra quattro; è stata un poco minore di uno sopra tre in quelli che furono salassati, benchè la malattia fosse leggiera o di media intensità quasi in due terzi de' casi.

Il signor Bouillaud, tra i medici moderni, è quello che fa uso più largamente del Salasso; poichè, alcune volte, fa estrarre sino a 2 chilogramme $1\frac{1}{2}$ di sangue a' suoi malati. Si sa ancora che ad imitazione di Chirac, pratica i salassi a brevi intervalli che anticipatamente determina. Ma oggi il tempo à fatto giustizia di questo metodo, il quale d'altronde à trovato sempre oppositori, e pochi imitatori. Le pretensioni del signor Bouillaud sono state giustamente valutate dal signor Louis nella seconda edizione delle sue *ricerche sulla febbre tifoidea*. Questo medico à provato, in fatti, che il signor Bouillaud invece di perdere solamente un nono de' suoi malati, aveva, nella febbre tifoidea una mortalità d'un sesto, risultato che d'altronde dimostra, che se i salassi l'un sopra l'altro non ànno i vantaggi assegnatigli dal loro autore, non ànno però la funesta influenza che vorrebbero attribuirgli a primo aspetto. Il signor Louis à pure dimostrato in un modo rigoroso il vantaggio de' miti salassi; in fatti, à provato che il salasso praticato ne' primi dieci giorni della malattia, alla dose di 360 gramme, e replicato due volte ne' casi gravi, minora la mortalità ed abbrevia la durata della malattia. Bisogna però persuadersi che il salasso non è indispensabile, che anzi prima di praticarlo bisogna che lo stato del polso non vi rechi ostacolo. La forma infiammatoria è quella, la quale permette che si adoperi più largamente il metodo antistofico; mentre nessuna delle altre forme della malattia controindica l'uso del salasso, se lo stato del polso non vi si oppone.

Il salasso generale deve sempre preferirsi a' salassi locali; pur tuttavia se il ventre, e specialmente la fossa iliaca fossero la sede di qualche dolore vivo, conviene allora l'applicazione delle sanguisughe a queste parti. Crediamo però di nessuna utilità di applicarle all'anno; anzi questa pratica sarebbe noc-

vole in molti casi, poichè spesso si è osservato che, le morcicature, irritate dal contatto delle materie fecali, e delle urine, allorchè l'evacuazioni sono involontarie, trasformarsi in pustole dolorose; poi ulcerose e cangrenose.

L'emissioni sanguigne dunque si praticeranno solamente quando dovrà obbedirsi ad una precisa indicazione, sempre con prudenza e riserbatezza. Raramente le forze permettono più di due salassi di 360 a 450 gramme per ciascheduno; anzi, nella febbre tifoidea, il tirar poco sangue è più commendabile della quantità eccessiva, specialmente ne' ragazzi, i quali, d'altronde ricavano poco vantaggio dal salasso. I travagli de' Signori Rilliet, Barthez e Taupin avrebbero per scopo di provare che l'emissioni sanguigne nel giovane anno per inconvenienti di gravare i sintomi nervosi, e favorire le complicazioni debilitando i malati. Bisognerà dunque astenersi dal salasso ne' ragazzi, e praticarlo solamente in quelli i quali sono robusti, e la malattia non à oltrepassato il decimo giorno; si userà soprattutto per combattere il delirio e la violenza delle coliche. Nel primo caso, si applicheranno le sanguisughe alle apofisi mastoidee; nel secondo, si applicheranno sull'addome. Il loro numero non sarà maggiore di 4 o 6 per i fanciulli di cinque in sei anni, e di 6 a 15 per quelli di età più avanzata. Finalmente si avrà cura dello scolo sanguigno, non dovendo oltrepassare lo spazio d'un'ora.

I malati faranno uso a tolleranza di bevande dolci e temperanti, come le soluzioni di sciroppo di gomma, di capelvenere, d'uva spina, di ciriege, di lampioni, delle limonate e delle aranciate, della decozione d'orzo, di grammigna di malva, ec. diversamente dolcificate. Queste bevande si amministreranno tepide o fresche secondo l'intensità della sete. Contemporaneamente a' mezzi precedenti, si sono usati con molto vantaggio i fomenti ed anche meglio i cataplasmi emollienti sul ventre, i clisteri di altea, ed i bagni tepidi. Da quest'ultimi specialmente, si anno vantaggiosi effetti, quando la febbre è violenta ed il calore della pelle vivo e secco, poichè spesso producono per effetto immediato la cedevolezza della pelle e la diminuzione della sua temperatura.

Metodo Controstimolante. — Nella storia da me fatta sul metodo antiflogistico, nulla è detto espressamente del metodo contro stimolante per mezzo del tartaro stibiato, raccomandato da Rasori, il quale sembra averlo usato con felice successo nella febbre petecchiale di Genova. Questo metodo però non può esser giudicato dietro le vaghe indicazioni date da Rasori nella sua opera, e nessuno dopo di lui, almeno ch'io sappia, à seguito gli stessi errori. Molto meno mi occuperò del solfato di chinina, preconizzato in quest'ultimi tempi, e che, dato a

dosi generose, da 2, 4 ed anche 6 gramme, per giorno, agisce, siccome l'ha provato Giacomini, come un vero controstimolante. Ma i fatti pubblicati, dimostrando certe circostanze curiose sotto il punto di vista fisiologico, non hanno affatto dimostrato che il rimedio fosse utile; sembra anzi essere stato molte volte nocivo. In alcuni casi rari però il solfato di chinina ha dovuto amministrarsi, non come controstimolante, ma bensì come antiperiodico: cioè quando vi sono esacerbazioni regolari; poichè allora il solfato di chinina, dato a piccole dosi, da 50 cioè a 60 centigramme, giustifica la complicità, senza nuocere all'andamento della malattia.

Metodo antiputrido, antisettico. — I medici i quali pensarono l'essenza della febbre tifoidea consistere nella putrefazione degl'umori, quelli i quali, all'esempio de Petit, considerarono la malattia siccome *essenzialmente e primitivamente adinamica*, consigliavano in tutti i stadi un metodo di cura tonico. Sceglievano tutte le sostanze alle quali si attribuirono le virtù antiputride; quindi la chinachina, la canfora, il muschio, le piante aromatiche, il vino, l'alcool, gl'acidi minerali amministrati internamente o applicati sotto forma topica, furono i medicamenti i quali godettero del più gran favore. Questo metodo, generalmente adottato in Francia sotto l'impero della nosografia filosofica, molti numerosi proseliti conta in Inghilterra, in Italia e specialmente in Alemagna; ma non merita alcuna confidenza. In fatti su quaranta malati, de' quali Andral fa menzione nel 1.^o tomo della sua clinica, assoggettati a questo metodo di cura, ventisei ne morirono. De' quattordici guariti, in tre soli si vide manifestamente l'utilità de' tonici, poichè la miglioria seguì immediatamente all'uso del medicamento; mentre negl'altri, l'efficacia del medicamento rimase dubbio, atteso che la miglioria fu lenta e tale da essersi ottenuta dal metodo semplicemente aspettante. Simili risultati devono per sempre condannare i medicamenti tonici, impiegati almeno come *metodo esclusivo* nella cura della febbre tifoidea. Non è raro però osservare numerosi casi ne' quali i tonici sono utili; precisando però le circostanze favorevoli alla loro azione, ed avendo riguardo a quella che ne controindicano l'uso.

I tonici e gli eccitanti generalmente nuocciono ne' primi periodi della malattia, allorchè la reazione febbrile è forte, quando il polso è frequente ed il calore della pelle acre e secco. Se accade che, in simili casi, si amministrino i vini generosi o la chinachina per rimediare ad una adinamia profonda, raramente si ottengono felici effetti; anzi il più delle volte gli accidenti continuano a farsi gravi, e se straordinariamente una miglioria ha luogo, in generale è sì lenta da non sapere se debba attribuirsi al medicamento tonico o pure ai sforzi della natura.

Le circostanze le più favorevoli all' uso de' tonici , secondo Chomel e Louis sono , un calore poco elevato della pelle , un polso poco frequente ed anche lento , una diarrea leggiera senza meteorismo. Quando queste condizioni esistono , dice il Signor Louis , la debolezza sembra più facile a vincersi in quanto che è più considerabile. Nulla posso aggiungere a queste osservazioni, avendone spesso verificato tutta l'esattezza. I tonici i più usati sono i vini generosi e la chinachina. Quando l'adinamia è poca o quando vi è delirio si daranno i vini freddi , come quelli di Borgogna e di Bordeaux , misti ad una quarta, una terza ed anche alla metà di acqua. Se l'adinamia fosse estrema , si aggiungerà l' uso de' vini del mezzo giorno , cioè quelli di Madera, di Malaga, d' Alicante, di Bagnols, i quali si amministrano puri alla dose di 125 gramme sino a 250. La chinachina è uno de' tonici i più possenti, e dalla quale si hanno grandi vantaggi ; si prescrive comunemente sotto forma di estratto secco o molle, alla dose di 1 ad 8 gramme ; può essere anche accresciuta sino alla dose di 30 o 60 gramme sotto forma liquida o per clisteri. Altre volte la chinachina si prescrive in infusione , decozione , o meglio in macerazione edulcherata con lo sciroppo di limone. Si aggiungono spesso le lozioni ed i fomenti vinosi o con acquavita canforata. Se la prostrazione fosse estrema , la pelle fredda , la vita sul punto di spegnersi , bisognerebbe allora rianimare il principio vitale mediante agenti la di cui azione è quasi istantanea ; così le preparazioni eterce ed il caffè. In tutti i casi ove l' uso de' tonici è indicato , bisogna procedere con prudenza e studiar bene la loro immediata azione sulla circolazione , la calorificazione e sul tubo digestivo. Usati nelle circostanze da me precisate e nel modo già detto , i tonici producono vere risurrezioni , e richiamano alla vita esseri, che poco prima si trovavano in uno stato disperato.

Nella classe de' mezzi *antiputridi* bisogna pure comprendere l' uso de' cloruri alcalini , impiegati dalla dose di alcune gocce sino a quella di 8 a 10 gramme uniti alle pozioni ed alle tisane , o per clisteri , lozioni o per bagni ; in questo caso si danno alla dose di 60 a 120 gramme. Si può ancora formare un atmosfera di cloro intorno al malato , lasciando sotto il letto i cloruri o facendo de' suffumigi. Questo mezzo che pare essere stato utile nelle mani di Chomel, non avendo giustificato la confidenza che sembrava dappprima meritare , oggi è quasi caduto in disuso.

Metodo evacuant. — Gli antichi medici hanno a vicenda adottato e prescritto l' uso degli evacuant nel metodo curativo delle febbri continue , secondo le teorie che si formavano sulla natura della malattia. Benchè partigiani de' salassi , la maggior parte volevano che si evacuasse di tempo in tempo il tubo di-

gestivo, per sbarazzarlo delle materie acri e settiche che conteneva; lo stesso Fizes impiegava gli evacuant fin dallo sviluppo della febbre, purgava in ogni due giorni, e dava spesso un'infusione di siena nell'intervallo. Ma questa pratica fu generalmente abbandonata, quantunque avesse per difensori Riverrio, Huxham, Pringle, Baglivi, Stoll, Tissot, ed una immensità di altri sommi pratici. Le prevenzioni contro gli evacuant erano tali, anche pochi anni fa, che i Signori Brettonneau, e Lermnier i quali, quasi soli, avevano conservato le antiche tradizioni, non avevano potuto assicurare i medici contro i pericoli che si attribuivano alle sostanze purgative messe in contatto con le superficie ulcerate degli intestini. Ma in questi ultimi tempi, il signor Delarroque, antico medico all'ospedale Necker, à dimostrato quanto questi timori erano mal fondati, ed à provato con immensi fatti ben osservati i benefici del metodo evacuante nella cura delle febbri gravi. Questo medico amministra i rimedi di cui è parola in tutte le forme ed in tutti i stadi della malattia, in tutto il suo corso fino alla completa convalescenza. In generale, il Signor Delarroque dà principio al trattamento curativo coll'emetico-catartico; poi i malati fanno uso tutti i giorni di una bottiglia di acqua di Sedlitz, o di 30 gramme d'olio di ricino, di cremore di tartaro, o di 2 gramme di calomelano. I dolori viscerali, le coliche, la diarrea, il meteorismo, anzichè contr'indicare l'uso de' purgativi, debbono anzi stimolare il medico a farne uso. Se i purgativi esacerbassero le coliche, fatto straordinario, o producessero eccessivi scarichi ventrali, si consiglia di sospenderne l'uso per lo spazio di ventiquattr'ore. Il Signor Delarroque unisce a questi mezzi l'uso delle bevande dolcificate, i cataplasmi sull'addome, ed amministra i tonici subito che la febbre si è ammansita. Seguendo questo metodo curativo, il Signor Delarroque non à perduto che un decimo de' suoi malati. I fatti citati da quest'onorevole medico meritano tutta la confidenza; questo metodo è stato praticato da molti medici a Parigi, e particolarmente da' Signori Honoré, Gueneau de Mussy, Bricheateau, Beau, Piedagnel, Jadioux, Andral, Louis, ec., e tutti ànno riconosciuto i buoni effetti del metodo evacuante. Il Signor Louis, dopo aver analizzato i principali metodi curativi adottati nella febbre tifoidea, considera gli evacuant siccome superiori agl'altri mezzi terapeutici. In fatti, non solamente diminuiscono la mortalità, ma abbreviano ancora la durata della malattia. L'osservazione clinica mi à dato gli stessi risultati. Così la febbre tifoidea, *non epidemica*, curata siccome lo consiglia il Signor Delarroque, non mi à dato in quest'ultimi anni se non che una mortalità d'un settimo, risultato molto favorevole, *paragonato* col metodo aspettante, o col metodo detto *razionale*, pel quale ò perduto il quarto de' miei

malati (1). Il metodo evacuante accelera il momento della convalescenza, che è veduto manifestarsi, termine medio, dal ventesimo al ventiduesimo giorno della malattia. Non può rivocarsi in dubbio che nessun altro metodo produce de' sollievi più marcati e più rapidi in una malattia nella quale la terapeutica d'altronde poco può fare, in guisa che à potuto dirsi con ragione, ch' essa era *l'opprobrio dell' arte*. Finalmente mi son anche convinto che con l'uso de' purgativi non si favoriva lo sviluppo d'alcuna delle complicazioni, e che i due più gravi accidenti l'emorragia cioè, e la perforazione intestinale, erano molto più rare che ne' malati sottoposti ad altri metodi.

In Francia, i medici i quali si sono appigliati al metodo evacuante, generalmente prescrivono l'olio di ricino e l'acqua di Sedlitz; in Alemagna ed in altre parti della Svizzera, il calomelano gode un'alta riputazione; i signori Lombard e Fauconnet lo preferiscono. Alfermano che gl'infermi i quali hanno fatto uso di questo medicamento, solamente 9 tra 100 sono morti. Il signor dottor Sicherer avrebbe ottenuto, allo spedale di Heilbronn, risultati anche più soddisfacenti; poichè non avrebbe perduto se non che 9 malati in 640. Ma questi soli numeri debbono farci supporre alcuni dubbi legittimi sull'esattezza della diagnosi. In ogni modo, gl'autori alemanni, tra gl'altri vantaggi, attribuiscono al calomelano la proprietà di prevenire gl'accidenti cerebrali. I signori Lombard e Fauconnet opinano che l'azione del medicamento è piuttosto dovuta ad una modificazione generale anzi che al solo semplice effetto purgativo; quest'opinione è molta incerta. D'altronde, avendo io stesso sperimentato recentemente il calomelano ne' casi di cui è parola, l'ho trovato un purgante incostante, infedele, accrescendo anzi che diminuire la mortalità.

I purganti che sono così utili nella cura delle febbri tifoidee dell'adulto, sembrano al contrario mancare, e forse nuocere ne' ragazzi. Almeno ciò sembra risultare dalle osservazioni de' Signori Barthez e Rilliet, i quali accusano i purganti come capaci di provocare le infiammazioni dell'intestino (accidente sconosciuto nell'adulto) e di non esercitare alcuna influenza manifesta nè per alcuno de' sintomi in particolare, nè sulla durata ed il termine della malattia. Intanto questa quistione merita ancora di essere studiata, tanto più che il Signor Taupin à riconosciuto, al contrario, nel trattamento evacuante una vera efficacia.

(1) Debbo dichiarare però che, dopo la pubblicazione della seconda edizione di questo libro avendo continuato a curare la febbre col metodo evacuante, ho dovuto deplorare una mortalità più considerevole di quelle degl'anni precedenti. Essa è stata d'un sesto circa.

In questo libro debbo solamente occuparmi di punti pratici, e quindi non cercherò di sapere se i purganti sono utili, perchè caccian fuori le impurità, o perchè favoriscono la caduta dell'escare, o pure perchè lavano le superficie ulcerate. Ignoro veramente il come ed il quando i purganti sono vantaggiosi; ma mi basta aver dimostrato i loro vantaggi perchè siano adottati da' pratici.

Non risulta però come legittima conseguenza da ciò che abbiamo detto che il metodo evacuante debba servire come metodo esclusivo; ma sostengo che in generale è vantaggioso, ed aggiungo che nel caso si fosse condannati a seguire per tutti i malati un metodo curativo uniforme, il metodo evacuante merita di esser preferito, e bisognerebbe adottarlo in preferenza degli antiflogistici, dell'aspettazione e del metodo detto razionale. Intanto i purganti possono essere contr' indicati; ciò à luogo quando i scarichi ventrali sono troppo frequenti, quando esiste emorragia intestinale o segni di perforamento. Il metodo evacuante non esclude d'altronde, siccome lo han creduto, l'uso de' salassi. In fatti, quando l'infermo è vigoroso, quando il polso è largo e duro, bisogna prima obbedire all'indicazione di levar sangue una o due volte. Finalmente gli evacuant, i quali generalmente sono più vantaggiosi nelle forme biliosa ed adinamica anzi che nella forma atassica, falliscono alcune volte in certe costituzioni epidemiche. Mi fu dato osservar ciò durante la micidiale epidemia dalla febbre tifoidea, che regnò a Parigi nel mese di luglio ed agosto dell'anno 1842. Perdei allora per l'uso de' purgativi la metà de' malati da me curati a l'Hôtel-Dieu; ma bisogna pur dire che gl' altri metodi anche fallirono contro l'affezione, la quale era rimarchevole per il predominio de' sintomi atassici.

Trattamento curativo d'alcuni sintomi o accidenti particolari e delle complicanze. — Vi sono alcuni sintomi o alcuni accidenti, contro i quali possono prescriversi con vantaggio alcuni mezzi: così,

1.° Quando le pareti della bocca son coperte di fuliggini in modo da impedire la parola e la deglutizione, bisogna umettarle con un pannolino o con un pennello impregnati d'un liquido emolliente, per quindi distaccarli.

2.° I segni d'imbarazzi gastrici sono vantaggiosamente combattuti mediante un emeto-catartico.

3.° I purganti sono i migliori mezzi per combattere il meteorismo. Prescriviamo ancora qualche volta contro questo sintoma le frizioni sull'addome di olio con anisi o di camomilla, senza però esser ancora ben persuasi della loro utilità. L'applicazione della neve sull'addome ci sembra un mezzo pericoloso, e forse inefficace. Finalmente l'introduzione della sonda esofagea

nel retto, consigliata ne' casi gravi, quasi mai diminuisce il me- teorismo.

4.^o La diarrea non deve mai combattersi, a meno che non fosse eccessiva, cosa rara però. In questo caso, bisogna ricorrere all' uso delle bevande mucilaginose e leggermente astringenti, a' lavativi di amido o resi più sedativi mediante alcune gocce di laudano. In simil caso i signori Lombard e l'auconnet si giovano molto d' un cataplasma sinapato applicato per sei o sette ore sull' addome.

5.^o Quando i segni di perforamento intestinale si manifestano, fa d' uopo che il malato rimanghi immobile, che nessun peso graviti sull' addome, che ogni bevanda gli sia negata, e per estinguere la sete, gli si concederà qualche poco d' arancio o di limone; e finalmente si amministra l' oppio a grande dose. Si fanno prendere quindi 10 centigramme d' oppio, poi si amministra ad ogn' ora una pillola di 7 centigramme sino ad avere la narcosi; i malati possono prendere sino a 10 o 20 decigramme di estratto tebaico senza sperimentare nè pure la sonnolenza. Questa pratica è stata usata con successo da' dottori Graves e Stokes. Da quell' epoca il Dottor Griffin in Inghilterra, i signori Chomel e Louis in Francia, sembrano aver guarito ciascuno, con questo metodo; un infermo il quale, nel corso della febbre tifoidea, presentò tutti i sintomi d' un perforamento intestinale. Convenì dunque, in simili casi tentare lo stesso mezzo, senza però fidar troppo del successo.

6.^o *Emorragie.* — Se l' epistassi fossero troppo abbondanti o troppo frequenti, bisognerebbe, in caso di resistenza ad alcune bagnature fredde sul fronte, od a' rivellenti applicati sull' estremità, far uso del tamponaggio.

Quando vi è emorragia intestinale, bisogna sospendere l' uso de' purganti; gl' infermi prenderanno la limonea minerale fredda o ghiacciata, si applicheranno le bagnature fredde sull' addome, si amministreranno i clisteri freseli, e se l' emorragia continuasse, bisognerà ricorrere agl' astringenti, e specialmente all' estratto di ratania dato sotto forma di pozione e per clisteri (2 a 8 gramme per ciascuno).

7.^o *Accidenti cerebrali.* — Tra gl' accidenti cerebrali esiste il solo delirio, contro il quale si pratica un metodo speciale. Si usano perciò le sanguisughe dietro le orecchie; ma questo vantaggio è molto dubbio, e la neve applicata sulla testa à forse un effetto più determinato. Il professor Graves, di Dublino, raccomanda caldamente l' emetico a dose generosa; ma questo trattamento curativo non è stato bastantemente sperimentato. Circa i vescicanti applicati al polpaccio della gamba ed alle cosce, è certo, nessuna influenza esercitare alla ripristinazione delle facoltà cerebrali, ed insufficienti a rialzar le forze; mentre sono mez-

zi dolorosissimi, e la di cui superficie si esulcera spesso o si sfacela; perciò conviene abbandonarne l'uso nel metodo curativo della febbre tifoidea.

I sintomi atassici non indicano alcun mezzo speciale. I mezzi da impiegarsi sono subordinati allo stato generale dell'individuo; così quando gl' accidenti nervosi coincidono con una viva reazione febbrile, con un polso largo e duro, bisogna salloware con prudenza; se poi i sintomi adinamici predominano, si amministreranno i tonici. Raramente ci è stato dato ottenere vantaggi coll' uso de' la canfora per clisteri (4 ad 8 gramme) e del muschio sulla forma liquida (50 centigramme ad 1 gramma); pur non ostante amministriamo questi rimedi piuttosto per soddisfare la nostra coscienza anzi che nella speranza di modificare gl' accidenti cerebrali. Lo stesso diremo delle aspersioni fredde, benchè sembra apportassero qualche volta una calma momentanea, e diminuissero la temperatura della pelle; ma questa miglioria, d'altronde poco specchiata, per lo più è una durata efimera. In quanto alle aspersioni continue d'acqua fredda sulla testa, consigliate dal signor Récamier, noi le consideriamo sempre inutili, e qualche volta pericolose.

8.° *Accidenti per parte degli organi respiratori.* — Per evitare le stasi sanguigne che tendono a formarsi nelle parti declivi, bisogna che i malati varino spesso la loro posizione. Se la bronchite è generale ed accompagnata da molta difficoltà di respiro, alcune dosi d'emetico amministrate in modo da procurare sforzi di vomito, una porzione di chermes (da 30 a 50 centigramme) ed un largo vescicante sul petto, mi son sembrati i mezzi i più efficaci. Se una pneumonia si manifesta, la sua cura sarà subordinata allo stato generale dell'infermo, cioè, si prescriveranno i salassi o i tonici, secondo le indicazioni. In fatti, è provato nel *Trattato della pneumonia* avervi molta utilità dalla non curanza della lesione locale, coll' occuparsi totalmente dello stato generale.

9.° *Ritenzione d'urina.* — Bisogna spesso osservare la regione ipogastrica mediante il tatto e la percussione, per accertarsi che l'organo non è disteso per la presenza dell'urina; lo che altrimenti essendo, fa d'uopo sollecitarne l'estrazione mediante il cauterismo.

1.° *Escare.* — Ad oggetto di prevenire questo grave accidente, bisogna che gl'infermi cambino spesso di posizione, aver cura che la pelle non sia imbrattata pel contatto delle materie fecali; si laveranno spesso le parti con acqua resa più stimolante mediante un poco d'acqua-vita o di vino rosso. Se con tutte queste precauzioni, l'escoriazione avrà luogo sul sacro, allora bisognerà disporre il letto in modo che le parti affette non abbiano a sostenere più la pressione del corpo, o pure si farà uso dei

cuscini elastici, o del letto meccanico, secondo lo stato di fortuna dell' infermo. L' escara si laverà con vino aromatico misto alla polvere di chinachina; quando le parti sfacciate sono eliminate, si spalma la piaga con cerato, purchè però, per lo aspetto pallido, non fosse convenevole di usare abluzioni stimolanti o medicamenti composti di storace od unguento astersivo.

Convalescenza. — La cura per la convalescenza non offre niente di speciale: solamente, siccome i malati provano spesso una fame vorace, e che soddisfacendo recherebbe gran male, così bisogna invigilarli con gran cura.

Da quel che abbiamo detto ne segue, che noi non siamo affatto partigiani della medicina attiva nella cura delle febbri tifoidee. Siam convinti che l' arte nostra può diminuire la mortalità ed abbreviare la durata della malattia. Ma raccomandando l' utile intervento della medicina, non siamo però nel numero di quelli i quali vantano a cielo il potere di essa, e credono, per esempio, poter bruscamente arrestare la malattia nel suo corso, *la juguler.* per servirmi della loro locuzion familiare. Noi neghiamo formalmente questi miracoli, ed anzi sostenghiamo che quelle febbri tifoidee che han preteso aver troncato nel primo settenario, altra cosa non erano se non che gastricismi accompagnati da febbre; e sull' errore diagnostico hanno fondato tutto il loro successo terapeutico.

Natura della malattia. — La febbre tifoidea è caratterizzata anatomicamente da una lesione di natura infiammatoria, che à sede nei follicoli intestinali e ne' gangli mesenterici. Il signor Louis considera questa lesione siccome costante, mentre, siccome i Signori Chomel, Andral, Dalmas, essa potrebbe qualche volta mancare. Chomel avendo osservato alcuni individui morire, e non avendo trovato che due sole piastre affette, qualche volta una, ed anche una sola porzione della piastra, à creduto che l' assenza di qualunque lesione di questo genere fosse possibile. D' altronde, questa sua opinione era stata confermata da alcuni fatti raccolti da' signori Andral e Louis, e relativi a certi individui i quali essendo morti dopo aver presentato molti sintomi propri della febbre tifoidea, non mostraron nell' autopsia cadaverica alcuna delle lesioni che la caratterizzano (1). Diceva nella prima edizione di quest' opera, aver io stesso veduto due fatti simili; ma obiettava che i fenomeni osservati non essendo stati esattamente quelli che s' incontrano nella febbre tifoidea, bisognava riguardarli come casi appartenenti ad un' altra malattia, ad un' affezione non ancora determinata. Questo stesso pen-

(1) Voir l' observ. 52, dans le *Traité* de M. Louis, et l' observ. de M. Andral, *Clinique*, t. 1. p. 306, 4^e edit., observ. 65.

siere conservo ancora. O' trovato però nelle mie note un fatto ben altrimenti importante per la soluzione della quistione di cui è parola. Si tratta d'un uomo di ventidue anni che, nel 1835, morì all' Hôtel-Dieu, nella sala del signor Caillard, al ventesimo settimo giorno d'una febbre continua, il quale avendo presentato durante la vita tutti i sintomi delle febbri tifoidee gravi, cioè, cefalalgia interna, ma senza epistassi, vertigini, prostrazione, veglia, sogni, sordità, delirio, lingua arida, fuliggini della bocca, diarrea, meteorismo, rantalo sibilante, sudamina numerosi, alcune macchie rosse, cangrena del sacro, della verga e dello scroto, nell'autopsia non presentò alcuna lesione caratteristica de' follicoli e de' gangli mesenterici; la milza era molle ed accresciuta considerevolmente di volume. Questo unico fatto mi farebbe credere, siccome il signor Chomel, che la lesione intestinale non è essenzialmente necessaria per caratterizzare la febbre tifoidea, poichè in alcuni casi rarissimi, essa può mancare. Però se la lesione de' follicoli intestinali non è costante nell'accettazione rigorosa di questo vocabolo, ripetiamolo ancora, servendoci delle parole stesse del signor Chomel, è estremamente cosa rara che manchi affatto, e che non esista un tale esempio autentico di questa lesione in un individuo che non avrebbe presentato i sintomi della febbre tifoidea. Una circostanza à molto contribuito a far sorgere de' dubbi sul valore dell'alterazione delle glandole di Payer, ed è questa l'assertiva de' medici di Londra, d'Edimbourg, di Dublino, i quali àno preteso che l'alterazione delle piastre intestinali mancava frequentemente negl'individui del loro paese che àno presentato durante la vita i sintomi dell'affezione tifoidea. Ma oggi è provato dai fatti clinici raccolti a Londra dal nostro amico Schattuck, da Boston, ed analizzati dal signor Valleix, come pure da' lavori dei dottori Gerhard e Pennok di Filadelfia, esistere agli Stati Uniti ed in Inghilterra due affezioni febbrili, confuse sin ora sotto il nome di *typhus fever*, ma realmente distinte, e che non somigliano affatto per i sintomi generali: l'una che assale i giovani, è la febbre tifoidea tal quale l'abbiamo osservata qui; l'altra comune a tutte l'età, è una malattia distinta dalla precedente; e questa è il *typhus fever*, che andremo a descrivere.

Si domanda se l'alterazione de' follicoli sia primitiva, siccome lo sono le lesioni nella maggior parte delle flemmasie, o se sia consecutiva d'uno stato generale come l'eruzione vaiolosa, alla quale si è avvicinata. Quest'ultima supposizione sembrerà la più probabile, quando ci ricorderemo che la febbre tifoidea è l'effetto dell'azione d'una causa specifica la quale agisce primitivamente su tutto l'organismo, almeno nell'immenso numero de' casi. Quest'assimilazione della dothineria colle febbri eruttive, e col vaiuolo specialmente, è stata fatta sopra tutto dal

signor Brctonneau. In fatti, non si può non riconoscere la più grande analogia tra queste due malattie. Siccome il vaiuolo, la febbre tifoidea è contagiosa; essa non sembra mai assalire se non che una sola volta lo stesso individuo. Pochi individui non ne sono affetti o presto o tardi. Finalmente, invadendo con preferenza in certe epoche della vita, vi è un'età in cui si rende sì rara, che è quasi sconosciuta.

La lesione intestinale non costituisce dunque tutta la malattia; mentre non esiste spesso alcun rapporto tra la gravità de' sintomi e l'estensione delle alterazioni dell'intestino. Abbiamo osservato con Chomel, la morte avvenire, benchè una sola piastra fosse affetta, ed altra volta si veggono individui morire per una causa accidentale delle lesioni molto ampie, mentre i sintomi, durante la vita, presentavano una media gravità. Esistono in oltre, nel corso della malattia, tanti fenomeni morbosi, i quali solamente possono spiegarsi pel concorso d'una causa generale, ancora sconosciuta nella sua essenza e nella sua sede, ed è collocata dagl'uni nel sistema nervoso, mentre il maggior numero la considerano, e ciò con ragione, io credo, siccome un'alterazione del sangue ancora indeterminata, ma che reagisce alla sua volta sul sistema nervoso, e contemporaneamente sull'intero organismo. Quest'alterazione del sangue, sarebbe il risultato, secondo gl'uni, dell'introduzione nell'economia d'un principio tossico, d'un agente deletereo venuto dall'esterno. Secondo il signor Delarrouque, poi, sarebbe la bile alterata, acrimoniosa, la quale lederebbe il tubo digestivo, e dall'assorbimento delle materie settiche contenute nell'intestino, ne deriverebbe l'alterazione consecutiva del sangue, il quale poi spiega la sua influenza in modo profondo su tutti gl'apparecchi organici. Il signor Delarrouque paragona questi effetti a quelli che risultano dall'iniettamento delle materie putride nel sistema circolatorio degli animali. Queste due teorie possono egualmente sostenersi; ma siccome riesce impossibile dimostrare il fatto sul quale l'uno e l'altro si fondono, così crediamo inutile insistere di più su questo soggetto (vedi più sopra ciò che abbiain detto degl'effetti delle alterazioni del sangue nelle piressie).

La febbre tifoidea ed il tifo o peste d'Europa sono essi due malattie distinte? — Gli antichi medici, quelli stessi che illustrarono i due ultimi secoli Sydenham, Cullen, Chirac e Stoll, considerarono il tifo siccome una varietà della febbre putrida e maligna (febbre tifoidea). Intanto al cominciar di questo secolo, Giu. Frank, e specialmente Hildenbrand, anno considerato il tifo siccome una malattia speciale, essenzialmente differente dalle altre febbri. Questa dottrina fu generalmente adottata, quando Chomel nel 1834, fissandosi sull'analogia che passa tra i sintomi del tifo e quelli della febbre tifoidea, riguardò come

cosa probabile l'identità delle due malattie. Questa supposizione del celebre professore parve acquistare un certo grado di probabilità dopo che il bel lavoro del signor Gaultier di Claubry fu pubblicato, e dopo l'eccellente relazione che un abile medico di Reims, il signor Landouzy, diede negl' *Archives del 1842* d'una epidemia di tifo che dominò nella prigione di questa città nel 1839 e 1840. Quest'opinione ebbe in Alemagna un difensore, in persona del dottor Kuchler, che nel giornale *Medicinische Annalen* pel 1844, à pure sostenuto l'identità del tifo contagioso e della febbre tifoidea.

Paragone che àn fatto del tifo e della febbre tifoidea. — Il tifo, come pure la febbre tifoidea si manifestano con cefalalgia intensa, stupore e prostrazion delle forze. Nell'uno e nell'altra, e quasi allo stesso grado, si osservano sussuri negl'orecchi, sordità ed epistassi. La sonnolenza, il coma ed il delirio sono sintomi comuni alle due malattie. Solamente sembra costante che nel tifo i disturbi intellettuali sono più precoci di quello lo sono nella febbre tifoidea. Tanto nell'uno quanto nell'altra si osserva un'eruzione di macchie rosse lenticolari, accompagnate o pur no da petecchie. Questo sintoma differisce solo nelle due malattie, in quanto che l'eruzione delle macchie lenticolari à luogo nel tifo sin dal quarto giorno, cioè più presto che nella febbre tifoidea, dove comunemente è meno abbondante e meno generale. Oltre a ciò, le petecchie sono tanto rare nella febbre tifoidea, per quanto sono comuni nel tifo, mentre il contrario à luogo per i sudamina. Nelle due malattie la lingua si fa arida e nera, ed i denti si covrono di fuligginosità. Vi è anoressia, sete, e qualche volta vomiti; ma gl'altri disturbi degl'organi digestivi, siccome le coliche, la diarrea, il meteorismo, il gorgogliamento della fossa iliaca, i quali sono sintomi quasi costanti nella febbre tifoidea, mancano frequentemente nel tifo. Il Signor Landouzy non li à affatto osservati nell'epidemia di Reims; la sola diarrea è stata osservata quattro volte, il Signor Gaultier di Claubry considèra, al contrario, questi sintomi siccome ordinari della malattia di cui è parola. Nessuna differenza poi si osserva per parte delle vie circolatorie e respiratorie; così nelle due malattie si osservano lo stesso apparato febbrile, lo stesso rantolo sibilante, intenso e generale; i polmoni presentano la stessa tendenza ad infiammarsi; pur tutta via la pneumonia è meno comune nel tifo di quello lo è nella febbre tifoidea; ciò si spiega per l'andamento più rapido che siegue il primo, il quale impedisce lo svolgimento di certe complicatezze. Sembra pur dimostrato, e ciò per la stessa ragione, che l'emorragia ed i perforamenti intestinali, e forse anche l'escare non sono sì comuni nel tifo, siccome lo sono nella febbre tifoidea. Secondo alcuni autori sembra che le pa-

rotiti siano state spesse volte osservate; questo sintoma però manca frequentemente; d' altronde non è speciale al tifo, poichè si osserva anche nelle febbri tifoidee ordinarie. Lo stesso si dica dell' *odor di topo* che gl' infermi esalano, carattere al quale il Signor Landouzy attacca troppo importanza, poichè spesso si osserva così distinto anche nella febbre tifoidea o nelle semplici affezioni cerebrali. Tanto nell' una quanto nell' altra il corso può esser rapido o lento; pure convien dire che il tifo è più sollecitamente funesto, e ciò costituisce solamente una differenza di grado o d' intensità, forse dipendente dal carattere epidemico della malattia nel secondo caso, e dalle cause più gravi che concorrono al suo sviluppo. In quanto alle varietà, il Signor Gaultier de Claubry à pure stabilito che il tifo simula le stesse formé della febbre tifoidea, assale solamente i giovani, e se si fece averlo raramente veduto in soggetti al di là dell' età di cinquant' anni, nasce molto dubbio sulla certezza della diagnosi. Il tifo, come la febbre tifoidea, non è forse mai suscettibile di recidiva. Finalmente tutti due sono contagiosi. Se esistono ancora increduli, i quali negano il contagio della febbre tifoidea, nessun uomo di buon senso però dubita del contagio del tifo, il quale à luogo pel contatto, per l' aria, per mezzo de' panni de' mobili.

Il lavoro del Signor Gaultier di Claubry si distingue assai in quanto che dopo aver stabilito che vi è analogia ne' sintomi delle due malattie, sembra dimostrare la loro identità sotto il rapporto anatomico. In fatti, tra *sedici* autori che ci ànno lasciato le descrizioni delle lesioni cadaveriche osservate negl' individui morti per tifo, ve ne sono *quindici* i quali, sulle sue vedute, indicherebbero un colorito rosso, livido e violaceo, e l' esistenza dell' escare e delle ulcerazioni profonde, che interessano almeno due delle tuniche intestinali, ed ànno sede specialmente vicino alla valvola ileo ciecale. Due autori almeno stabiliscono ancora il gonfiamento ed il rammollimento de' gangli mesenterici corrispondenti, e l' aumento di volume ed il rammollimento della milza.

Il Signor Landouzy, nella epidemia di Reims, avendo praticato sei necrosopie, à trovato ne' follicoli intestinali e ne' gangli mesenterici tutte le lesioni che si osservano nella febbre tifoidea, dallo svolgimento delle piastre, sino alla loro ulcerazione; la milza sola era poco o nulla alterata, poichè se quattro volte su sei sembrava un poco rammollita, il suo volume almeno non era affatto aumentato. Finalmente l' encefalo, il fegato gl' apparecchi respiratorio e circolatorio, offrivano l' aspetto e le alterazioni che si osservano più comunemente nella febbre tifoidea.

Questi fatti sono di molta importanza, ma sono essi sufficienti perchè la quistione d' identità tra il tifo e la febbre tifoidea possa essere risolta? Sin ora ci ò prestato fede; ma alcuni dubbi son surti nella mia mente dopo alcuni fatti comunicatimi dal mio amico Errico Guéneau de Mussy, fatti che deve presto pubblicare. D'altronde avendo riletto la relazione del signor Landouzy, pare che l' affezione, si ben descritta da questo medico, appartenesse piuttosto alla febbre tifoidea, che al tifo stesso. Forse è pur così di alcune descrizioni sulle quali il signor Gaultier de Claubry si basa, per sostenere la sua dottrina. Fa d'uopo dunque avere altri fatti più convincenti, e prima di risolvere la quistione della identità del tifo e della febbre tifoidea, bisogna che novelle testimonianze siano raccolte. Se fosse vero, siccome lo crede il Signor Guéneau de Mussy, che il tifo fever d'Irlanda non fosse altra cosa che il tifo delle armate descritto da Hildenbrand, molte occasioni favorevoli si presenterebbero per risolvere un problema, la di cui soluzione divide ancora in due campi i medici francesi (*Leggete l' articolo seguente*).

DELLA FEBBRE CONTINUA D' INGHILTERRA, O TYPHUS FEVER

Regna endemica in Inghilterra, e specialmente in Irlanda, una febbre continua grave, rara nell' infanzia, ma che può assalire tutte l' età, ne si appalesa nell' autopsia cadaverica mediante alcuna lesione costante, e che durante la vita vien caratterizzata da cefalalgia allo sviluppo, da prostrazione di forze, ed altri disturbi cerebrali, cioè delirio, veglia o sonnolenza, e da una eruzione particolare alla superficie della pelle.

Questa malattia, che alcune volte si osserva negli Stati Uniti, ma forse solamente nello stato epidemico, in quest' ultimi tempi è stata confusa con la febbre tifoidea, non solo da alcuni medici inglesi, ma pure da molti nostri compatriotti i quali avevano avuto occasione di osservarla negl' ospedali della Gran Brettagna. Una osservazione più rigorosa però, non à tardato a far conoscere che sotto la stessa denominazione di *typhus fever* o *continued fever* si confondevano due malattie essenzialmente distinte per i sintomi, il corso, le lesioni anatomiche e l' etiologia: l' una non è altro che la febbre tifoidea, identicamente simile a quella che osserviamo qui; l' altra sconosciuta in Francia, non à alcun rapporto con la prima, ed a questa sola convien dare il nome di *typhus fever*. Questa distinzione di due malattie considerate sin a' giorni nostri siccome identiche, fu per la prima volta stabilita dal dottor Gerhard, nella

relazione data nel 1837, nel *The American journal*; d' una epidemia di *typhus fever* che regnò l'anno precedente a Filadelfia (1). Dopo di lui, un medico egualmente distinto, il nostro amico Shattuck, de Boston, raccolse nel suo soggiorno a Londra preziose osservazioni, le quali anno confermato i risultati del suo compatriotta. Queste osservazioni si trovano registrate nel volume V (3.^a Série) degl' *Archives générales de médecine*. Il signor dottor Valleix, che le à fatte conoscere, le à accompagnate da riflessioni degne di esser lette. I fatti citati da questi due autori americani anno per noi tanto più di valore, in quanto che conosciamo personalmente questi due distinti medici, e siamo nella posizione di valutare il genio di osservazione, i quali, avendo lungo tempo dimorato a Parigi, impararono a conoscere la nostra febbre tifoidea, ch' essi anno trovato simile, per i caratteri anatomici e sintomatici tanto in Inghilterra che negli Stati Uniti. Finalmente, non à guari (agosto 1847) il signor Errico Guéneau de Mussy, spinto da nobili sentimenti, andò a studiare il *typhus fever* che distruggeva l' infelice Irlanda, e si è pienamente convinto della distinzione da noi fatta tra la febbre tifoidea, ed il *typhus fever*, malattie perfettamente conosciute in Inghilterra, e che i medici di quel paese sanno oggi generalmente ben distinguere.

Lesioni cadaveriche. — Negl' individui morti in seguito del *typhus fever*, nessuna alterazione costante si rinviene ne' solidi; la lesione de' follicoli di Peyer e di Brunner e quella de' gangli mesenterici, la quale forma il carattere anatomico dell' affezione tifoidea, manca costantemente. Nel numero però di agosto 1842 del *London and Edinburgh Monthly journal*, il professor Reid stabilisce che tra cento trentadue individui morti per effetto del *typhus fever*, otto volte à osservato le alterazioni caratteristiche della febbre tifoidea. È cosa evidente doversi escludere questi ultimi casi riportati dal dottor Reid, che la febbre tifoidea [cioè non regna affatto a Edimbourg; questa opinione oggi è totalmente oppugnata.

La mucosa gastro-intestinale è dunque quasi sempre intatta nella malattia di cui è parola. Il signor Gerhard à pure osservato che quella dell' intestino gracile era meno alterata di quello si osserva in qualunque altra malattia febbrile. La milza stessa è generalmente sana, qualche volta è più o meno rammollita; raramente si trova aumentata di volume. Quando queste lesioni esistono, non possono mai paragonarsi con quelle che si osservano verso lo stesso viscere nella febbre tifoidea. Finalmente gl' organi toracici, dietro la testimonianza del signor Guéneau

(1) Traduit par le docteur Bell, dans le journal l' *Experience*, première année, p. 241 e 305.

de Mussy, sono spesso la sede di diverse alterazioni. Così le cavità sinistre del cuore sono rammollite o friabili, ed i polmoni sono ora ingorgati, ora epatizzati, ora splenizzati, o la sede di nocciuoli apoplettici. Tra tutte queste lesioni però nessuna è costante, e non può essere considerata come quella che costituisce il carattere anatomico dell' affezione.

Sintomi. — I malati provano, allo sviluppo della malattia, la cefalalgia, le stirature, i brividi di freddo e la febbre; le loro forze sono prostrate; essi cadono nell' abbattimento; i disturbi degl' organi de' sensi, come le vertigini, i sussuri negl' orecchi e la sordità, sono variabilissimi; poichè spesse volte o mancano o sono poco distinti, siccome si rileva da' fatti riportati dal signor Shattuck, mentre altre volte, come l' à osservato il signor Gerhard, sono anche più intensi che nella febbre tifoidea. Tutti i malati sono tormentati dalla veglia, e presentano qualche disturbo intellettuale; nella maggior parte v' è delirio tranquillo; alcuni sono agitatissimi, altri cadono in uno stato di sonnolenza, di coma; la loro fisionomia esprime il più delle volte la stupidità; la faccia è violacea. Il tremito generale ed i sussulti de' tendini sono egualmente sintomi ordinari, sopra tutto nella forma epidemica della malattia. La lingua, sin dallo sviluppo, è rossa, secca, nerastra, screpolata ed i denti sono coperti di fuligginosità; la sete è viva, l' appetito perfettamente abolito; il ventre generalmente floscio, senza meteorismo nè dolore; i vomiti ed i gorgogliamenti sono rari; la diarrea, benchè frequente, è rara ne' primi tempi, purchè non sia provocata con l' uso de' purganti. La respirazione è qualche volta accelerata; alcuni malati sono molestati dalla tosse; raramente si osserva il rantolo sibilante, si comune ad osservarsi nella dothinenteria, non è però rarissimo, specialmente nella stagione fredda, che l' ingorgo e la splenizzazione de' polmoni alla loro parte posteriore, siccome l' abbiamo notato negl' individui assaliti dalla febbre tifoidea, abbiano luogo; questo stato anatomico deve rilevarsi mediante alcuni fenomeni d' ascoltazione. Un sintoma che deve considerarsi come costante, dappoichè sin ora è stato osservato in tutti gl' individui ne' quali è stato ricercato accuratamente, consiste in una eruzione di macchie numerose, disposte in gruppi irregolari, alla superficie del corpo, sul tronco e sulle membra. Esse sono rotonde, varianti in grandezza come quella d' una testa di spilla sino a quella d' un pisello; esse sono d' un color violetto o d' un rosso carico; non formano alcuna protuberanza sulla pelle, e non spariscono affatto, o almeno si cancellano pochissimo sotto la pressione del dito. Quest' eruzione, la quale; siccome si vede, non à alcuna somiglianza con quella della febbre tifoidea, si manifesta, secondo il signor Gerhard, dal sesto all' ottavo giorno, e raramente scompare prima del ven-

tesimo ; spesso si prolunga sino al venticinquesimo o trentunesimo giorno della malattia. I sudamina raramente si osservano negli infermi di cui è parola. Il sangue tirato dalle vene non presenta coagulo ; il coagulo è molle, carico ; si fa fluido ad una epoca avanzata della malattia ; probabilissimamente la proporzione della fibrina deve essere allora diminuita.

La malattia à un corso continuo , spesso offre esacerbazioni notturne. Termina comunemente alla fine del terzo settenario, qualche volta più presto , spesso più tardi, per esempio a trenta giorni. Non è raro vedere comparire i fenomeni veramente critici ; poichè una volta avverati , portan seco nello stato dei malati un cambiamento radicale , sia che gl' infermi muoiono , sia che dallo stato il più grave passino per salto nella convalescenza. I fenomeni più comuni perchè questi cambiamenti abbiano luogo sono la diaforesi , una evacuazione abbondante d'urina ed un sonno profondo.

Diagnosi. — Torna difficil cosa il comprendere come il *typhus fever* abbia potuto esser confuso per tanto tempo colla dothiententeria ; poichè nel primo si osserva un' eruzione particolare , rimarchevolissima e molto differente per le macchie roseo lenticolari della febbre tifoidea. Inoltre , i sintomi addominali , che in quest' ultima sono fenomeni predominanti , e si manifestano sin dallo sviluppo , mancano più o meno completamente nella febbre continua d' Inghilterra. Lo stesso a poco presso vale per gl' accidenti toracici , e forse anche del disturbo de' sensi , soprattutto dell' epistassi , le quali mancano spessissimo , o almeno sono meno marcate in questo che nella febbre tifoidea. Finalmente ci è sembrato che , nel *typhus fever* vi sia meno tendenza alla produzione dell' escare , e specialmente delle ulcerazioni , accidenti sì comuni nel corso della dothiententeria. In America , il *typhus fever* potrebbe confondersi colla febbre remittente autunnale ; tuttavia si vedrà che questa , per l' andamento , il suo modo di terminare le circostanze nelle quali si manifesta , si farà facilmente distinguere dalla prima.

Il *typhus fever* si distingue forse dal tifo castrense , del quale Hildenbrand à dato una sì esatta descrizione ? Il signor Guéneau de Mussy non lo crede affatto. Questo distinto medico si basa , per sostenere l' identità delle due affezioni : 1.° Dal perchè nascono sotto l' influenza delle stesse cause , l' ingombramento , la moltitudine o la miseria ; 2.° Dal perchè invadono nello stesso modo , ànno la stessa eruzione , le stesse complicità , la stessa durata , gli stessi fenomeni critici. Finalmente , come ultimo carattere di rassomiglianza , esse possono rivestire le stesse varietà di forme ; si è perciò che secondo l' epidemia , si vede predominare , ora la forma atassica o pure la forma adinamica ,

Pronostico. — Il typhus fever sembra essere per lo meno così grave quanto, la febbre tifoidea. Il signor Guénecan de Mus-sy mi à detto la malattia essere benignissima ne' ragazzi.

Etiologia. — In tutte le età si è esposti a contrarre il typhus fever, ed è questo un carattere distintivo di questa malattia con la febbre tifoidea. Questa, come lo abbiamo detto, appena è stata osservata oltre l'età di cinquant'anni, mentre il professor Reid d'Edimbourg indica il typhus fever comunissimo negl'individui che già sono giunti all'età di sessanta ed anche settantacinque anni. Il sesso nulla influisce sulla predisposizione della malattia. Questa malattia affetta con predilezione gl'individui della classe povera dediti alla ghiottoneria. La malattia è endemica in Irlanda, dove una popolazione povera umiliata, si trova accumulata in strettissime abitazioni, o piuttosto in pianterreni umidi, privi di luce e d'aria. L'avvezamento al clima sembra non spiegare alcuna influenza allo svolgimento della malattia. Il typhus fever è essenzialmente contagioso.

Cura. — Secondo il signor Gerhard, il salasso generale è solamente indicato in qualche caso eccezionale; mentre i salassi locali per mezzo delle ventose alla nuca sono utilissimi per combattere le congestioni cefaliche; i sinapismi sono pure di somma utilità. Se il calore della pelle è intenso, bisognerà moderarlo mediante le abluzioni fresche ed i bagni; si amministreranno le bevande temperanti gustose, le quali poi verranno sostituite da' tonici e da' cordiali, subito che le forze declinano. Il signor W Stoker insiste molto, in questo caso, sull'uso del vino; egli amministra questa bevanda quando la debolezza è grande, e specialmente quando i battiti del cuore sono talmente oscuri che il primo rumore rimane inosservato. Gli emetici ed i purganti, utili quando l'indicazione è ben determinata, sembrano al signor Gerhard di nessun vantaggio quando si vogliono impiegare come metodo generale della cura.

Conclusione. — Il typhus fever, a propriamente parlare, è una febbre essenziale in tutta l'estensione del termine; è una malattia distinta dalla febbre tifoidea. Queste due malattie non debbono dunque considerarsi come identiche, e prendere autorità dalla mancanza delle lesioni intestinali della prima per dimostrare il valore di quelle che costituiscono il carattere anatomico della seconda. Finalmente il typhus fever, che sia o pur no identico al tifo descritto da Wildenbrand, si allontana da tutte le altre malattie acute febbrili, per la mancanza d'una lesione costante, d'un carattere anatomico qualunque, e finalmente perchè nel suo corso non esiste proporzione tra il movimento febbrile e la frequenza delle lesioni secondarie.

DELLA FEBBRE BILIOSA DE' PAESI CALDI

La febbre biliosa de' paesi caldi, chiamata ancora *febbre remittente biliosa* o *grande endemica de' paesi intertropicali*, è una delle malattie le più comuni e la più micidiale de' paesi caldi. Si osserva più frequente nella penisola del Gange, nelle provincie sud degli Stati Uniti e sulla costa dell' Africa; in Europa su i litorali dell' Italia e della Spagna; da ciò nasce il nome di *febbre mediterranea* che alcuni medici inglesi le hanno dato. Il Kausos d' Ippocrate è forse, secondo il signor Littré, una febbre remittente biliosa.

Sintomi. — La febbre biliosa offre molti gradi; per i suoi sintomi e per la poca gravezza rassomiglia alcune volte all' inbarazzo gastrico con febbre di questo clima; offre però questa particolarità, che la secrezione biliosa è più attiva. In fatti, se nel nostro inbarazzo gastrico si osservano piuttosto semplici nausea anzi che vomiti, se questi sono rari e poco copiosi, se la diarrea è un sintoma meno comune della costipazione, se il colorito giallo della pelle consiste solamente in un leggiero spandimento quasi sempre circoscritto in alcuni punti della faccia, non l'è più esattamente per la forma benigna della febbre biliosa de' paesi intertropicali. Là, in fatti, la superscrezione della bile è un fenomeno marcabilissimo, il colorito giallo della pelle è ancora più generale e più intenso, i scaricli ventrali sono diarroidici e contengono solamente della bile verde, i vomiti sono più frequenti e più abbondanti.

Nella forma più grave (e questa s' intende indicare, quando si parla della febbre biliosa), la malattia si manifesta bruscamente o dopo alcuni giorni d' indisposizione. Gl' individui si sentono allora oppressi, soffrono dolori a' lombi, perdono l' appetito, offrono alterative di freddo e caldo. A questi sintomi succedono un calore ardente in tutto il corpo, polso frequente, cefalalgia frontale o sull' orbitale spesso intensa, un incomodo estremo a traverso il petto, una sofferenza più o meno viva ed una tensione più o meno penosa all' ipogastrio ed agl' ipocondri, specialmente al destro. La lingua è coperta d' una patina bianca o giallastra; vi è sete, vomiti frequenti formati da una bile verde e filante, che i malati emettono alcune volte in una enorme quantità. Spesso vi è costipazione, ed ora una diarrea biliosa accompagnata o pur no da coliche; una tinta itterica più o meno marcata è sparsa su tutto il corpo, o pure occupa solamente la faccia, specialmente le congiuntive. Le facoltà intellettuali sono spesso sane, ma in molti casi esiste il coma, la sonnolenza e specialmente il delirio; in certe epidemie, questo sintoma è anche predominante e si manifesta con molta violenza allo sviluppo della

febbre. Raramente questi accidenti si aumentano in modo continuo; per lo più, dopo aver persistito con violenza, diminuiscono per alcune ore; questa remittenza vien distinta da un sudore copioso o da un semplice umettamento. I parossismi ordinariamente sono quotidiani, doppi quotidiani o terziani; raramente presentano altro tipo. Spesso però, a misura che la malattia si prolunga, le remittenze sono più marcate; la lingua allora si fa bruna si dissecca, il polso divien celere, ineguale, ed intermittente; i vomiti si avvicinano di più, i sussulti de' tendini si manifestano, il delirio il coma, e la morte ha luogo alcune volte prima della fine del primo settenario, ma più spesso nel corso del secondo.

Non mi è stato dato mai osservare questa malattia, per cui ò procurato darne un' idea esatta, ricavata dalle descrizioni degli autori inglesi. Però essendo a portata di alcune relazioni di epidemia di febbre biliosa, si conosce col signor Littre, quanto sia difficile dare un quadro completo dell' affezione, tanto la costituzione, il clima, la stagione, imprimono dei cambiamenti alla sua fisonomia.

Diagnosi. — La febbre biliosa sembra essere generalmente di facile diagnosi; però in quei paesi dove regna simultaneamente con la febbre gialla, si dura fatica qualche volta a ben distinguere da quest' ultima (*Vedi Febbre gialla*). Si avvicina pure di molto alla forma biliosa della febbre remittente; ecco perchè alcuni autori hanno considerato queste tre affezioni (febbre biliosa, febbre gialla e febbre remittente) siccome quelle le quali costituiscono solamente de' gradi o varietà d' una sola e medesima malattia. Rigorosamente parlando, non avendo alcuna esperienza personale a questo riguardo, non possiamo assolutamente dire se questa opinione sia fondata.

Pronostico. — La febbre biliosa è una malattia gravissima, che uccide molti individui Europei che arrivano nelle Indie. Sembra però meno micidiale della febbre gialla.

Etiologia. — Una elevata temperatura unita all' umidità sono le due condizioni che sviluppano la febbre biliosa, e la rendono endemica in molte contrade, specialmente nel Gange. Sembra as salire con preferenza gli stranieri.

Cura. — I purganti formano la base del metodo curativo; i più usati sono la jalappa in polvere col calomelano; quest' ultimo viene amministrato solo, sino ad eccitare la salivazione; i vomitivi sono meno usati generalmente. I salassi generali non sono troppo indicati, molti li biasimano, altri li consigliano con prudenza, scegliendo il momento più violento del parossismo. I salassi locali per mezzo delle sanguisughe all' epigastrio ed all' ipocondrio sembrano essere di molta utilità. Le bevande fresche, diluenti, ed i bagni debbono completare la cura. Alcu-

ni aggiungono i diaforetici ; generalmente però vengono biasimati. I tonici sono solamente indicati nel periodo ove la prostrazione delle forze è grande.

Natura. — Nessun schiarimento di preciso possediamo sull'alterazioni che si trovano ne' cadaveri di coloro i quali muoiono per effetto della febbre biliosa ; si parla di congestione ed anche d'infiammazione del fegato , dello stomaco , de' condotti biliari e della vena porta ; ma niente di più vago è stato indicato. Resta dunque a determinare se la febbre biliosa à, come la febbre remittente e la febbre gialla , una lesione più o meno costante. Ma senza voler recar pregiudizio a questo riguardo, ed a qualunque risultato possa essersi condotti mediante ulteriore osservazione, crediamo poter ammettere sin dal momento, che la febbre biliosa esiste realmente , e dipende da una causa generale, siccome lo provano i molteplici e gravi accidenti che la caratterizzano. A *priori*, non potrebbe considerarsi ne come una gastrite , nè come un'epatite ; dappoicchè queste malattie, studiate ne' diversi climi , ànno altri sintomi ed un corso differente. D'altronde crediamo che le infiammazioni e tutte le altre alterazioni che si osservano sono secondarie , o non ànno che un valore , che noi rapportiamo in questo luogo alle lesioni intestinali ne' casi di febbri gravi. Pel suo carattere remittente , si potrebbe esser tentati di considerarla siccome della stessa natura della febbre intermittente ; da una parte però la remittenza non è un carattere costante, ed ognun conosce dippiù che la chinachina amministrata come antilogistico riesce nocivo.

DELLA FEBBRE GIALLA

Sinonimia. — Febbre di Siam ; febbre itterica , maligna , navale ; gastro-epatica ; putrida continua ; tifo d' America o itterico , o bilioso ; vomito nigro , vomito prieto de' Spagnuoli , ec. ec.

Definizione. — La febbre gialla è una malattia propria dei climi caldi , dove regna ordinariamente epidemica , e vien specialmente caratterizzata dal colorito giallo della pelle , e da' vomiti neri.

Istoria. — La febbre gialla è stata completamente sconosciuta dagl' antichi ; le prime nozioni che possediamo di questa spaventevole malattia sono posteriori alla scoperta dell' America. Vagamente indicata dopo il secondo viaggio di Cristofaro Colombo (nel 1493) , fu lungo tempo confusa con le altre malattie pestilenziali ; e solamente verso il secolo XVII le descrizioni date ebbero qualche precisione. Il signor Moreau di Jonnés à calcolato che in meno di quattro secoli si erano viste almeno due cento settantaquattro grandi epidemie di febbre gialla. Farò menzione tra le altre di quella che , nel 1793 , scoppiò nell' ameri-

ca del Nord, e specialmente a Filadelfia; quella di Cadice, nel 1800 e 1803; quella di S. Domingo, nel 1801, si micidiale per i nostri soldati; finalmente, l'epidemie di Barcellona, nel 1802, e di Gibilterra, nel 1828, delle quali abbiamo le relazioni le più esatte, le quali tutte sono state illustrate pel coraggio e l'assiduità de' medici francesi. Tra i molteplici lavori de' quali siamo dovuti a' nostri compatriotti, citeremo con specialità quelli di Devèze, di Dalmas, d'Andouard, di Bailly, François e Pariset, le ricerche del signor Louis, pubblicate prima in America da Shattuck, ed inserite recentemente nell'° II delle Memorie della Società medica d'osservazione; finalmente, i documenti che Chervin à raccolti con zelo, una perseveranza ed una avvedutezza veramente rare, i quali sono tutti relativi con specialità all'etiologia ed al modo con cui la malattia si trasmette.

Anatomia patologica. — Lo stato 'esterno de' cadaveri si fa osservare per un colorito giallo, particolarmente visibile alle gote, alle ascelle ed agl'inguini; si osservano pure le petecchie e delle larghe ecchimosi. Il sangue è generalmente nerastro, fluido, o a grumi molli; tutto porta a credere che abbia perduto una parte della sua fibrina. Il sistema nervoso, e gl'organi toracici, generalmento, non sono sede di alcun' alterazione. Intanto il signor Louis à frequentemente trovato nell'epidemia di Gibilterra, un' esalazione sanguigna nel parenchima polmonare, e molte volte esisteva ne' visceri addominali. Così lo stomaco, più o meno disteso, contiene una quantità di sangue variabile. Questo liquido ora è puro; più spesso è brunastro, nero, fioccoso, più o meno alterato e d'un odore acretto. Il signor Louis à trovato il sangue nello stomaco in circa tre quarti degl'individui; a Barcellona, si è trovato in sette decimi dei cadaveri. La mucosa è qualche volta impregnata di questo liquido ed ecchimosata; può essere iniettata, rammollita, spessita, ulcerata; ma più spesso è intatta, e nel caso in cui è infiammata, questa lesione non è mai nè molto intensa nè molto estesa. Nell'intestino gracile, e nel crasso, si trova della materia nera, ma più o meno coagulata: il signor Louis l'ha osservata in due terzi de' casi. La mucosa è pure qualche volta rammollita; ma questa lesione non è costante, e quando esiste, non differisce da ciò che si osserva in quelli morti per altre malattie acute. Il fegato è l'organo in cui ànno luogo i cambiamenti i più notevoli. Alcuni autori àveano già notato che quest'organo acquistava spessissimo una tinta gialla; il signor Louis poi nella sua relazione dell'epidemia di Gibilterra, à fatto specialmente conoscere le alterazioni di cui il fegato era la sede negl'individui morti per febbre gialla. L'abile osservatore à trovato che, in tutti i cadaveri, il fegato era più o meno scolorato, ed offriva un colorito ora di butiro fresco, ora di paglia,

di latte e caffè, ora una tinta gialla, di gomma gotta o color di arancio e pistacchio. Questo scoloramento era quasi sempre generale, ma non era esattamente lo stesso in tutta l'estensione dell'organo; coincideva costantemente con uno stato anemico del fegato; così il taglio di quest'organo era secco e d'un aspetto arido: il suo tessuto aveva in generale la sua consistenza normale. Quest'alterazione non aveva alcun rapporto con lo stato del duodeno. Riesce impossibile, nello stato attuale della scienza, poter determinare quale sia la natura e la causa dell'alterazione così rimarchevole del fegato, della quale io parlo; ma tutto sembra provare al signor Louis che bisogna considerarla come quella che costituisce il carattere anatomico della febbre gialla. Le osservazioni del signor Louis sono state confermate alla Martinica dal dott. Dutrouleau, medico distinto di marina, il quale in più di cento autopsie ha sempre osservato l'alterazione del fegato. Il signor Ruzf poi, il quale osservava precisamente nella stessa epidemia (1839 e 1841), dice, al contrario, aver trovato il fegato intatto una volta sopra tre. Se così fosse stato, se l'alterazione del fegato mancasse in una sì grande proporzione, se essa fosse subordinata al genio epidemico della malattia, non bisognerebbe considerarla come quella che costituisce il carattere anatomico essenziale dell'affezione, ma siccome una lesione solamente concomitante molto frequente. A completare ciò che è relativo all'anatomia patologica, diremo che l'apparato biliare si trova generalmente intatto; qualche volta però si è trovata la vescichetta iniettata, rammollita, piena di sangue. La milza è ordinariamente sana, ma qualche volta considerevolmente aumenta di volume, ed il suo tessuto più friabile. Gli organi genitali ed urinari quasi sempre intatti; solamente offrono qualche volta alcune macchie ecchimotiche.

Sintomi. Sviluppo. — Generalmente la febbre gialla sviluppa in mezzo alle occupazioni ordinarie della vita, ed al momento in cui è meno attesa. I malati son presi da cefalalgia più o meno intensa, accompagnata da freddi, da dolori ottusi nelle membra e nel dorso. Il calore succede tosto al freddo, la faccia s'inietta, gl'occhi si fanno rossi e lagrimanti, la sete è viva, vi è anoressia, e qualche volta un dolore notevole esiste all'epigastrio. I sintomi che succedono variano. Ma per procedere metodicamente, bisogna dividere la malattia in due periodi.

Primo stadio. — I sintomi precedenti esistono e si accrescono la maggior parte. Tosto i malati accusano un dolore epigastrico più o meno vivo, accompagnato da nausea e da vomiti biancastri, provocati dall'introduzione delle bevande. La lingua è umida e limacciata; vi è costipazione; il sonno è nullo; molti malati sono agitati e provano una viva ansietà. In altri casi vi è stupidità ed una sonnolenza abituale; le risposte

sono lente e penose; la lingua ed il labbro inferiore tremoli. Il polso pieno, regolare, e medioermente accelerato; la sua frequenza è qualche volta minore di quello è nello stato normale: il calor della pelle è quasi sempre debole; i tegumenti del petto sono spesso iniettiati.

Secondo stadio.— Il secondo periodo comincia verso il quarto giorno; una tinta giallastra succede all' iniettamento de' tegumenti; tosto hanno luogo l'epistassi; i vomiti si fanno più frequenti, e per la prima volta le materie vomitate sono in parte o in tutto nerastre, simili alla fuliggine o alla posa di caffè; sono d' un sapore acre che brucia la gola; l' eiezioni ventrali sono pure nerastre. Il mal' essere e l' ansietà si accrescono; qualche volta vi sono singhiozzi; le forze si prostrano; il calore diminuisce; vi è mancanza di urine; le petecchie, l' ecchimosi, le piaghe cangrenose si manifestano in diversi punti del corpo, e la morte à luogo in mezzo a questo treno di spaventevoli sintomi: tale è il quadro della malattia. Convien sapere però che in alcune epidemie certi altri sintomi sono stati osservati ed hanno predominato: così si è veduto, ora un delirio violento, ora un calore estuante; altre volte sete inestinguibile, o pure, come avvenne nell'epidemia di Gibilterra, le forze sono generalmente poco prostrate, in modo che molti malati continuano ad alzarsi dal letto e muoiono per così dire in piedi.

Tra i sintomi da me descritti, si noterà specialmente l' ansietà, la lentezza del polso, il colorito giallo e l' emorragie, in particolar modo quelle che hanno luogo dallo stomaco. I vomiti neri non debbono considerarsi, come altri han fatto, quale sintoma essenziale della malattia, poichè il signor Louis li à osservati nel terzo degl' individui che morirono; ma i vomiti, astrazion fatta dalle materie reiette, sono un sintoma più frequente nella febbre gialla anzi che in alcun' altra malattia acuta, eccettuate le affezioni dello stomaco.

Corso.— Dalla descrizione che precede, chiaro apparisce che la febbre gialla à un corso regolare e continuo; in alcune epidemie però sono state notate delle remittenze perfettamente caratterizzate. Più spesso si osserva una semplice remittenza: il tipo intermittente è molto più raro, e non si osservava che allo sviluppo. In certi casi, si vede frequentemente la trasformazione de' differenti tipi tra essi; ciò è stato notato le molte volte alla Pointe-à-Pitre da' signori Chambolle e Chervin. Le remittenze sopravengono specialmente allo sviluppo ed al termine dell' epidemie.

Durata.— La febbre gialla dura cinque o dieci giorni ne' casi gravi; dura meno se la malattia è benigna.

Esiti.— Quando la malattia termina con la morte, tutti i sintomi gravi da me enunciatì, si aumentano; spesse volte

poi i malati periscono dopo una migliora apparente ; altri muoiono rapidamente ed in modo inatteso.

Quando la malattia à un esito felice , i fenomeni locali e generali o rimangono stazionari , o perdono la loro intensità ad un'epoca più o meno lontana dalla manifestazione della malattia : come termine medio, verso il quinto giorno. Allora il calore ed il dolore epigastrici diminuiscono : il polso ripiglia la sua frequenza , la pelle si cove d'un leggiero sudore , e l'appetito rinasce con le forze.

La convalescenza è quasi sempre lunga , penosa , avendo riguardo particolarmente alla poca durata della malattia ; in generale passano molte settimane prima che le forze si ripiglino. Possono aver luogo le ricadute , le quali il più delle volte dipendono dagli errori dietetici ; sono però molto rare.

La febbre gialla può soffrirsi più d'una volta ; però è oggi provato con documenti e fatti numerosi , specialmente quelli raccolti dal Signor Dutrouleau alla Martinica , che la febbre gialla è meno soggetta alla recidiva del vaiuolo stesso , e colui il quale una volta l'ha sofferta , anche leggiera , n'è esente per sempre , salvo pochi casi eccezionali.

Diagnosi. — La febbre gialla è di facilissima diagnosi. Non potrà confondersi coll'epatite , perchè in questa il volume del fegato è aumentato ed un dolore più o meno vivo esiste all'ipochondrio. Nell'epatite i sintomi generali sono meno gravi ed il corso meno rapido. Vedremo pure che la febbre gialla non può essere confusa colla gastrite semplice. Si dice che il tifo d'America à molto rapporto colla febbre biliosa de' paesi caldi ; molti autori son di parere pure che queste due malattie sono identiche , e non differiscono tra esse che pel grado loro d'intensità ; nella febbre biliosa però l'itterizia non è mai così pronunziata quanto nella febbre gialla ; i vomiti neri non si osservano mai nella prima , mentre sono un fenomeno predominante nella febbre gialla. Tuttavia ne' paesi in cui le due malattie sono epidemiche , pare che molti imbarazzi abbiano recato ad uomini d'altronde valentissimi , quando han cercato di stabilire una linea di demarcazione tra le due malattie. Ecco perchè alcuni le considerano siccome quelle che costituiscono de' gradi o delle varietà d'una medesima affezione.

Sarebbe difficile poter confondere la febbre gialla con un accesso di febbre intermittente perniciosa schietta ; pare però che in alcuni casi , torna difficile poter distinguere la febbre gialla da certe febbri remittenti o sub-continue de' paesi caldi. Questa distinzione è altrettanto più difficile in quanto che in molte epidemie, queste due malattie coesistono manifestamente unite , e qualche volta può anche seguire facilmente il passaggio o la trasforma-

zione delle febbri intermittenti in remittenti, poi in continue, con i sintomi ordinari della febbre gialla. Diciamo però anticipatamente che nella febbre remittente manca il colorito giallo de' tegumenti, i vomiti sono biliosi, e mai nerastri. Il dolore e la tensione degl' ipocondri, il raffreddamento e la cianosi delle estremità, la rapidità colla quale la lingua si dissecca e si imbrunisce, sono caratteri i quali non appartengono alla febbre gialla, mentre accompagnano la febbre remittente. Finalmente, in tempi di epidemia, la diagnosi potrà facilitarsi con lo sparo de' cadaveri.

Pronostico. — La febbre gialla è quasi tanto micidiale quanto la peste, ma la mortalità varia di molto nelle differenti epidemie, e per ciascuna di esse, secondo l'epoca dove si osservano. In generale questa mortalità oscilla tra un terzo ed un sesto. Quasi tutti i medici pensano che la malattia sia più grave negl' uomini che nelle donne (non comprese le donne gravide); è più grave negl' adulti che ne' ragazzi, più ne' pletorici e robusti che in quelli di costituzione meno forte. È incomparabilmente più micidiale negli stranieri che negli individui del luogo. Il Signor Ruzf rapporta che in diciotto creoli curati nelle ultime epidemie della Martinica, ne perdè soli due, mentre che la mortalità generale de' malati curati allo spedale di marina sarebbe stata d' uno su cinque, secondo il Signor Dutrouleau. Una stretta abitazione, de' dispiaceri, un corpo sposato da privazioni e fatiche, in fine una stagione umido-calda, sono altrettante circostanze che influiscono sull' esito infausto della malattia.

I sintomi che debbono considerarsi di sinistro presagio sono: l'ecchimosi, le petecchie, la cangrena, l'emorragie, i vomiti neri, la soppressione delle prime, il coma, le sincopi, il raffreddamento del corpo, l'estrema prostrazione: finalmente molti autori hanno indicato di tristo presagio la comparsa precoce dell' itterizia.

Etiologia. — Nell' etiologia della febbre gialla dobbiamo studiare 1.° le cause che presiedono al suo sviluppo primitivo; 2.° il modo come si propaga.

La maggior parte de' moderni autori, e specialmente i medici americani, ammettono che due cause sono *indispensabili* per produrre la febbre gialla. Queste cause sono una grande elevazione di temperatura ed un fomite d' infezione, cioè un centro di putrefazione prodotto dalla decomposizione delle materie vegetabili ed animali: dicono pure che la febbre gialla si manifesta in preferenza sulle rive del mare, de' luchi e de' grandi fiumi. Nessuno dubita della influenza che queste due cause esercitano sullo svolgimento del tifo d' America, e della sua propagazione; numerosi fatti lo hanno provato. Per questo stesso principio si veggono soventi volte navigli navigare in alto mare,

nelle latitudini in cui la febbre gialla regna, e ne' quali un fomite d'infezione accidentalmente si era sviluppato, esser perciò assaliti dalla malattia. Questi fatti non saprebbero autorizzarci a considerare con Chervin siccome *essenziali* le due cause delle quali è parola, e credere che senza il loro concorso la febbre gialla non saprebbe esistere. Poichè, da una parte, vi son paesi, come certe provincie delle indie orientali, dove si trovano riunite in grado eminente le cause d'insalubrità che si considerano come tali da ingenerar la febbre gialla, ed intanto questo flagello à sempre rispettato queste contrade, o pure vi è appena endemica; d'altra parte, si citano diversi paesi ne' quali alcun fomite d'infezione non si osserva, ed intanto la febbre gialla spesso vi si manifesta; tali sono tra le altre le isole Bermudes nell' America Settentrionale. Vi sono finalmente certe contrade dove queste cause sono permanenti, quantunque la malattia vi si manifesta ad intervalli più o meno lontani. Bisogna dunque ammettere che la causa intima del tifo d' America non è ancora da noi perfettamente conosciuta.

Chechè ne sia, la febbre gialla è una malattia propria di certi climi caldi, nè mai è stata osservata al di là del 48.° grado di latitudine. L' elevazione del suolo influisce potentemente sullo svolgimento della febbre gialla, poichè finisce di esistere ne' paesi situati a più di 2,000 metri al disopra del livello del mare. Essa inerudisce soprattutto nelle isole e nel continente americano, in alcune parti dell' Africa, come il Senegal, e qualche volta nel mezzo giorno dell' Europa, specialmente in Spagna. Dove la febbre gialla è endemica, là si vede regnare quasi in tutto l' anno; la malattia assale solamente gli stranieri non ancora avvezzi al clima. Gl' indigeni però non ne sono esenti, ma però meno predisposti. Quelli da poco sbarcati possono più facilmente contrarre l' affezione quando specialmente vengono da' paesi freddi. Se la malattia si manifesta nelle regioni più temperate, per esempio in Europa, regna soltanto durante le stagioni estive ed autunnali, ed assale indistintamente tanto gl' indigeni, quanto i forestieri, rispettando forse quelli, che son venuti da' paesi tropici. A cose eguali d'altronde, la febbre gialla uccide più i bianchi, che i negri. Il sesso maschile, l' età adulta, la costituzione forte, e pletorica, il regime esclusivamente animale, l' uso de' liquori spiritosi, le fatiche ed i patemi morali, sono altrettante cause, che predispongono alla malattia.

Molto si è discusso da quarant' anni in quà sul modo in cui la febbre gialla termina. Oggi i medici sono ancora divisi in due opinioni; gl' uni, in minor numero, sostengono che la malattia sia contagiosa, gl' altri, in maggior numero, alla testa de' quali si trovano Chervin, Dalmas, Devèze, Valentin, Rush, ec., vogliono che non possa mai propagarsi per via di contagio,

che per conseguenza non può esser trasportata dalle Antille in Europa; dicono finalmente che, nata sotto l'influenza di cause affatto locali, essa vive e muore nel focolaio più o meno circoscritto ove ella nacque. Un'osservazione spesso ripetuta è provato, che nel paese in cui la febbre gialla è endemica, la malattia si limita al litorale e si estende raramente nell'interno delle terre. Un individuo che abbandona il focolaio d'infezione non la trasporta mai seco lui; se ne è riportato il germe può perire più o meno lungi dal centro epidemico, ma non comunica mai la malattia alle persone che lo circondano e che ne fanno cura; in una parola, sembra dimostrato che i malati uscendo dalla sfera del focolaio non possono ingrandirla, estenderla; essi non possono in fine svolgere per se medesimi un focolaio d'infezione indipendente da qualunque influenza locale.

Ecco il fatto importante, il quale sembra dimostrare che la febbre gialla non è realmente contagiosa, poichè non potrebbero tenersi come pruova di contagio i fatti (quasi soli che citano i partigiani del contagio) d'individui i quali, *vivendo nel focolaio d'infezione*, o per caso essendovi venuti, ed essendo stati in rapporto con gl'individui affetti, sono poi stati colpiti dalla malattia: come se in questi casi non fosse più probabile lo svolgimento della febbre gialla pel solo fatto dell'infezione locale, anzichè credere fosse stata trasmessa pel contatto immediato! Ne nasce forse da ciò che la febbre gialla non possa essere contagiosa? Confesso che non avendo mai io stesso studiato la malattia, e d'altronde scosso d'alcuni fatti favorevoli al contagio che si trovano negli autori, non ardirei dire con una certezza assoluta ed una intiera fiducia, che la febbre gialla non fosse contagiosa in alcuni casi. Studiando però attentamente, e scevri da qualunque dipendenza, i fatti rapportati dai partigiani dell'infezione e da' loro avversari, siam convinti che il contagio non è la *maniera ordinaria* con la quale la malattia si propaga. Aggiungiamo pure che tutte le esperienze d'inoculazione fatte da un numero infinito di medici, sia col sangue che con i liquidi contenuti nel tubo digestivo, mai han raggiunto lo scopo.

Cura.—La cura della febbre gialla si divide in metodo curativo ed in metodo profilattico.

1.^o *Metodo curativo.*— Molti mezzi sono stati preconizzati contro la febbre gialla; però sino a' giorni nostri nessun agente specifico nè un metodo di cura uniforme è potuto trovarsi. I salassi, i vomitivi, i purganti, il mercurio, l'oppio, la chinachina, i diaforetici, i bagni caldi e freddi, i bagni a vapore, il ghiaccio, le frizioni oliose, ec. possono essere mezzi utili solamente in certi casi speciali.

Così quando la febbre gialla assale individui robusti, ed è accompagnata da viva reazione infiammatoria, bisogna prontamente ricorrere al salasso generale. Alcuni autori raccomandano di ripeterlo molte volte, specialmente ne' primi giorni della malattia. Altri medici che han praticato nelle Antille ed in Europa, hanno biasimato l'uso del salasso siccome quello che produce la prostrazione, o che prolunga oltremodo la convalescenza; noi però pensiamo che questi autori troppo sollecitamente hanno stabilito regole generali per aver solamente avuto occasione di descrivere una sola epidemia. Secondo noi ammettiamo che il genio e la costituzione epidemica molto influiranno se si debba usare il salasso più o meno, senza però poter stabilire una regola fissa a quest'oggetto. In tutti i casi il salasso generale deve preferirsi a' salassi locali, poichè questi sono qualche volta occasione di cangrena o di emorragia difficile a frenarsi.

Ne' primi momenti della malattia le bevande dolci acidolate o gassose saranno amministrate generosamente; i malati si tufferanno ne' bagni freschi o tiepidi, e si faranno sulla superficie del corpo delle abluzioni acidolate mediante l'aceto od il sugo di limone. Sono stati consigliati i vomitivi per combattere i sintomi gastrici; ma questi medicamenti, potendo esser nocivi, bisogna usare della massima cautela nella loro amministrazione. I lassativi al contrario, sono generalmente utili; con preferenza l'olio di ricino, la polpa di tamarindo, la manna, il calomelano, o i purganti salini.

Nel secondo stadio della malattia, quando l'itterizia, i vomiti neri e la prostrazione si manifestano, l'indicazione principale è quella di sostenere le forze; per questo scopo si amministra la chinachina, il vino, gl'aromatici. Se accidenti nervosi si dichiarano, si prescriveranno gl'antespasmodici, come la canfora, il muschio, il castorio. Sono stati pur anche consigliati i senapismi volanti ed i vescicatori; sarebbe però imprudenza far uso degl'esutori ed anche de' semplici rubefacenti, quante volte ci fosse tendenza alla cangrena, o che emorragie passive si producessero facilmente, perchè la porzion della pelle denudata o irritata, potrebbe esser colpita da mortificazione, o essere la sede d'uno scolo sanguigno.

I vomiti essendo un sintomo penosissimo, han consigliato di calmarli coll'uso dell'oppio, dell'etere, dell'acqua di menta, colla pozione di Riverio, e mediante l'applicazione d'un vescicante all'epigastrio; questi mezzi però mi sembrano poco utili. L'uso forse delle bevande acidole e fredde prese in piccola quantità potrebbe essere più vantaggioso; ed avrebbe inoltre la facoltà di moderare le emorragie dipendenti dagl'organi digestivi.

La chinachina, dopo l'uso delle sanguisughe, è un mezzo del quale hanno abusato nella cura della febbre gialla. Sotto

L'impero della dottrina di Brown, i medici francesi, inglesi, e sopra tutto i spagnoli, prescrivevano sin dallo sviluppo, eccessive dosi di chinachina, una dose di 250 gramme (8 once) nello spazio di trentasei ore ; poi hanno preferito il solfato di chinina. Se questi medicamenti sono stati manifestamente utili in certe epidemie, lo è stato momentaneamente e l'esperienza ha provato che questo metodo curativo non era applicabile alla generalità de' casi. Oggi i medici che praticano ne' paesi ove la febbre gialla incrudelisce sono quasi tutti di parere che l'uso della chinachina o del solfato di chinina deve essere riservato per le due seguenti indicazioni cioè : 1.° per ripigliar le forze quando sono troppo prostrate : 2.° combattere i sintomi di periodicità quando esistono.

Cura profilattica.— Il solo mezzo di preservarsi dalla febbre gialla, è quello di fuggir i luoghi dove il fomite d'infezione esiste ed andare ad abitar luoghi salubri, elevati e ventilati. Quelli che si trovano costretti di vivere nel centro dell'epidemia per effetto delle loro occupazioni, debbono serbare una esatta regola igienica, senza però prestar fiducia nè a' salassi nè a' sudori, nè agli emetici, mezzi i quali han voluto considerare come profilattici, e che, per il disturbo che cagionano, sono piuttosto capaci di favorire lo sviluppo della malattia.

I sostenitori del contagio, nello scopo di preservarci di poter portare la febbre gialla, ordinano le quarantane, e l'osservanza di tutte le leggi di polizia medica che altra volta erano in vigore contro la peste. Noi però opiniamo potersi senza pericolo trascurare questa servità la quale non è oggi giustificata. Ma non consiglieremo però di trascurare qualunque precauzione ed ammettere in libera pratica, quelle navi che arrivano da paesi infetti dalla febbre gialla ; siamo però d'avviso esser essa sufficiente in questi casi sciogliere l'equipaggio per alcuni giorni, far ventilare il naviglio, ed esporre le mercanzie su vasti cantieri e molto ariosi prima di metterle in commercio. Se una strada è infetta, costringere gl'abitanti ad abbandonarla ; lo stesso si pratici per un quartiere e per una città. Se ciò riesce impossibile, si consigli almeno l'emigrazione d'una porzione degl'abitanti. Questi mezzi sono sufficienti molte volte ne'gli Stati-Uniti, perchè l'epidemia della febbre gialla scomparisca rapidamente.

Natura della malattia. — Le ricerche di anatomia non autorizzano ad ammettere che la febbre gialla fosse una gastrite, o come vuole Tomasini, un' infiammazione epato-gastrica ; poichè l'alterazione non può spiegare il movimento febbrile nè gl'altri sintomi gravi, e molto meno spiegare la morte. Crediamo dunque che, nella febbre gialla, esiste una causa più generale. Noi riguardiamo la malattia siccome prodotta dall'ave-

lenamento miasmatico, da un' infezione del sangue, ed allora facilmente si spiega la viva reazione dell' organismo, i turbamenti nervosi, i sintomi di decomposizione generale, l' emorragie che anno luogo per diverse vie ed anche l' istessa itterizia.

Bisogna dunque, siccome Chervin, considerare la febbre gialla di natura identica alla febbre intermittente? Bisogna riguardar la prima come quelle che rappresenta il massimo grado degl' accidenti che gl' effluvi paludosi possono produrre? Ecco una quistione impossibile a risolversi. Diciamo pure che le ragioni date dal Signor Chervin per difendere la sua opinione non sono troppo concludenti, ed in tutti i suoi detti, si trovano meno prove e molte semplici assertive. Volendoci fidare alle impressioni ricevute dalle letture che abbiamo fatte, siamo costretti conchiudere ben diversamente del Dottor Chervin; chechè ne dica, non troviamo, non solamente alcuna identità tra la febbre gialla, ma nè anche alcuna analogia nelle lesioni cadaveriche e ne' sintomi. Quindi la chinachina si efficace negli accessi periodici, manca quasi sempre nella febbre gialla; se questa regna spesso ne' paesi paludosi, è dimostrato che la sua intensità e la sua frequenza non sono in rapporto costante coll' insalubrità del luogo, mentre si osserva il contrario nelle febbri intermittenti. Finalmente abbiám veduto che la febbre gialla poteva regnare epidemica ed endemica ne' luoghi salubri, mentre ciò non si avvera mai per le febbri intermittenti. Non possiamo però negare che molte volte si osservano fenomeni intermittenti con la febbre gialla; ammettiamo anche di buona voglia che la febbre gialla può cominciare e terminare con accessi periodici. Qual conseguenza dedurne da ciò, se non che le due malattie possono in alcuni casi complicarsi, ed i caratteri dell' una possono esser cancellati pel predominio di quelli dell' altra? Ciò si osserva in moltissime altre affezioni.

DELLA PESTE

Sinonimia. — *Pestilentia, contagium, morbus contagiosus* febbre del Levante, tifo d' oriente, febbre adeno-nervosa ec.

Definizione. — La peste è una malattia acuta, ordinariamente epidemica, la quale, indipendentemente da' fenomeni che le son comuni colle altre malattie pestilenziali, presenta pure sintomi particolari i bubboni, gl' antraci, i carbonchi e le petecchie cangrenose.

Storia e descrizione. — I libri sacri, gl' autori greci e latini fanno menzione di un gran numero di epidemie micidiali che rapportano generalmente alla peste, ma riesce pertanto impossibile poterne fissar la natura, poichè sono state descritte quasi unicamente da' storici o da poeti. Non bisogna dunque

partire che dalla metà del VI secolo che schiarimenti precisi si son posseduti. Da quell' epoca fin a' giorni nostri un numero quasi infinito di epidemie è stato osservato in tutte le provincie dell' antico continente; ma le più generali e le più mortali sono state quelle che regnarono ne' secoli XV, XVI, e XVII, la peste nera del secolo XIV fu quella che produsse i più spaventevoli disastri.

La peste è stata l' oggetto di una folla d' importanti travagli: noi distingueremo principalmente il trattato di Diemerbroek, il quale descrisse la peste di Nimègue nel 1635, le opere di Bertrand, Chicoyneau, Verny e Deidier, i quali fecero conoscere l' epidemia di Marsiglia del 1720; que' di Mertens e di Samoilowitz, che anno trattato della peste la quale, nel 1771, devastò Mosca. Desgenettes, Larey, Luigi Frank, e Pignet soprattutto anno somministrato preziose nozioni sulle pesti che regnarono in Egitto dal 1798, al 1800; più recentemente molti de' nostri compatriotti anno osservato la crudele epidemia la quale, nel 1835, a devastato l' Egitto, pubblicarono preziosi documenti su di essa, i quali fanno intravedere la malattia sotto una forma novella. Si consultino soprattutto con frutto i libri de' signori Bulard, Clot-Bey, Aubert-Roche, Brayer, e la memoria letta dal dottor Lachèze all' accademia di medicina nell' anno 1836. Finalmente il Signor Prus, organo d' una commissione nominata dall' Accademia reale di Medicina, à redatto dietro i documenti esistenti, ed una esatta ricerca, un rapporto rimarchevole il quale è divenuto il testo d' una discussione importante in seguito della quale le leggi di quarantana sono state modificate, con gran vantaggio del commercio. Convien qui proclamare che in gran parte il trionfo delle idee novelle è dovuto agli sforzi perseveranti del Signor dottor Aubert-Roche. Il suo nome non sarà dimenticato, poichè un importante servizio à renduto alla scienza ed al paese.

Anatomia Patologica. — Gli Antichi niente ci aveano mostrato di positivo sulle lesioni che si osservano negli individui morti per peste. Questa lacuna importante è stata riempita dai medici francesi, i quali anno osservato le diverse epidemie che regnarono nel 1830, al 1838 in Egitto, in Smyrne, ed in Costantinopoli. Bulard et Clot-Bey, sono quelli i quali àn descritto più accuratamente il quadro delle alterazioni cadaveriche; quindi dall' opera di questi autori ricaverò la maggior parte dei dettagli che verranno in seguito, dettagli di concerto raccolti co' dottori Gaëtany-Bey e Lachèze.

L' abito esterno de' cadaveri non presenta di rimarchevole che la preesistenza delle petecchie osservate durante la vita e l' appassimento de' bubboni e de' carbonehi. La fisonomia non è sensibilmente alterata; in generale vi è poca rigidità cadave-

rica. Il cervello e la midolla spinale non offrono altra alterazione meno alcuni piccoli punti ed una diminuzione di consistenza nel loro tessuto; i seni della dura madre sono ingorgati di sangue. I gangli ed i plessi del trisplanenico sono intatti. L'apparato respiratorio è raramente infiammato, i polmoni sono solamente molto ingorgati. Il cuore spesso rammollito, è generalmente disteso per effetto del sangue nero coagulato o fluido del color del vino, l'apparato digestivo è generalmente friabile. Lo stomaco contiene spesso un liquido nerastro, melanotico, e la superficie interna è comunemente ricoperta di petecchie spesse volte confluenti e simili a quelle della pelle. Quando la morte è luogo ad un periodo avanzato della malattia, alcune volte si osservano in quest'organo delle ulcerazioni lineari, livide o nerastre, poste fra le pieghe della mucosa non interessando che la spessezza di questa membrana; queste ulcerazioni non esistono mai nell'intestino gracile. Questo è meno rammollito, ed ecchimosato dello stomaco. L'intestino crasso offre solamente una distensione gassosa, i follicoli di Brunner e di Peyer sono sani. Il fegato è zeppo di sangue nero è fluido; nulla di notevole si osserva generalmente nel suo colorito, nel suo volume e nella sua consistenza. La milza al contrario, ha acquistato un volume tre o quattro volte più considerevole; il suo tessuto ingorgato di sangue nero è friabile, e sotto la menoma pressione si riduce in una materia pullacea. I reni, spesso ecchimosati alla loro superficie, hanno quasi sempre il doppio ed il triplo del loro ordinario volume, essi sono ingorgati di sangue.

Da ciò che precede vediamo che i visceri non sono la sede frequente della cangrena e de' carbonchi, siccome pretendevano gli antichi, e come l'avevano asserito dopo di essi la maggior parte degli storici dell'ultima peste di Marsiglia (1720). Bulard sembra pertanto aver osservato quest'ultima lesione sul fegato di quattro appestati. Ma l'alterazione più profonda, la meno conosciuta, quantunque quasi costante, è quella che si osserva nel sistema linfatico.

Vedremo pure che i tumori particolari, chiamati bubboni, si sviluppano durante la vita in molti punti del corpo specialmente negl'inguini e nelle ascelle. Questi tumori hanno sede ne' gangli linfatici. Questi hanno acquistato un volume il quale varia da quello di un pistacchio sino a quello d'un uovo di oca; sono d'un colorito grigiastro, di caffè e latte, livido o nero; la loro consistenza può essere eguale a quella dello scirro, o pure la loro mollezza è tale che sotto la menoma pressione si riducono in una massa pullacea. Quando i bubboni occupano la regione inguinale, i gangli addominali che si estendono dall'arco crurale al plesso solare partecipano della stessa alterazione. Non formano tra essi che una massa compatta, bernocoluta, mentre an

esalazione sanguigna infiltra le maglie del tessuto cellulare circostante, e riflette un colorito violaceo o nero a traverso il peritoneo. Se i bubboni hanno sede nell'ascella i gangli addominali sono intatti, mentre quelli della regione ascellare sono voluminosi, neri, e friabili; vi si osservano ancora de' stravasi sanguigni. Queste diverse alterazioni si propagano sotto la pleura, seguendo il traggitto de' vasi linfatici fino al canale toracico, e la grande vena linfatica secondo la parte affetta. I vasi linfatici non sembrano partecipare dell'alterazione de' gangli; questi non si trovano quasi mai affetti, meno che in alcuni punti isolati, ma mai in tutte le regioni contemporaneamente. Bulard considera le differenti lesioni de' gangli da noi descritte e che un altro medico, il Signor Lachèz, à sempre riconosciute siccome lesione essenziale e primitiva della malattia. Il signor Clot le à pure vedute negli individui morti dopo la comparsa de' bubboni. Il canale toracico è stato sempre ritrovato nello stato sano.

Prodromi. — La peste si manifesta spesso bruscamente, ma altre volte è preceduta da alcuni segni prodromi come da mal essere, da inappetenza, ma specialmente da dolori negl'inguini e nelle regioni fornite di gangli linfatici, dolori ora vivi, altre volte oscuri e vaghi. Questi dolori ora assalgono un gran numero d'individui in alcune epidemie, quasi l'intera popolazione se ne lagna; essi assalgono in preferenza quelli i quali altre volte avendo sofferto la peste, portano agl'inguini o altrove la cicatrice di un bubbone suppurato. Se questo accidente non annunzia una imminente invasione pestilenziale negl'individui che lo presentano, dinota almeno in questi l'influenza della causa pestilenziale, e deve risvegliare in essi l'esistenza d'una predisposizione più dichiarata ad esser colpiti dall'epidemia.

Sintomi. — Gl' infermi soffrono dapprima una spossatezza estrema, freddi irregolari, cefalalgia più o meno intensa, con vertigini, stordimento. La malattia conta appena poche ore che già la prostrazione è estrema, il cammino e la stazione sono impossibili; la fisionomia esprime l'abbattimento o lo stupore; gl' infermi sono ora tormentati da veglie bizzarre, altri cadono nel coma, alcuni sono oppressi da sogni spaventevoli, da visioni; finalmente vi sono di quelli i quali sono agitati da un delirio tranquillo o furioso, come fu osservato comunemente nella peste di Digne, del 1629. Il polso è generalmente frequente, piccolo, misero; il sangue estratto mediante il salasso, d'un rosso oscuro, molto denso, non presenta mai la colonna (Bulard e Lachèze); la pelle è calda e secca, la respirazione accelerata. La lingua è umida e bianca, la sete o non esiste o è inestinguibile. Vi sono o vomiti o semplici rigurgiti di materie acquose, o gialle, verdi e qualche volta sanguinolenti; vi è ora costipazione, ora, al contrario, i malati hanno de' sca-

ricchi ventrali fetidi, gialli, neri. L'urina varia molto nel colorito e nella quantità. Indipendentemente da' fenomeni che precedono, si osserva ad un'epoca indeterminata della malattia, manifestarsi in diversi punti del corpo de' bubboni, degl'antraci, de' carbonchi e molti esantemi.

1.° *Bubboni*. — Il bubbone pestilenziale è un tumore rotondo è oblungo o bernocoluto, rosso, violaceo, o senza cambiamento del colorito della pelle, d'un volume che varia da quello d'una mandorla sino a quello d'un gosso uovo. Questi tumori si mostrano alcune volte indolenti, ma più spesso sono la sede di dolori più o meno vivi. I bubboni sono formati da' gangli linfatici; spesso si osservano nella curvatura dell'inguine, meno spesso nell'incavo dell'ascella, più raramente nelle regioni cervicale e parotidee; finalmente i bubboni della piegatura poplitea sono i meno comuni. In generale si osservano isolatamente in una delle regioni da me enumerate; alcune volte si vedono svilupparsi in molti punti del corpo contemporaneamente, ma mai si osservano nelle parti prive di gangli linfatici. Il loro numero varia da 1 a 4 nello stesso individuo; il loro sviluppo è generalmente rapido; molti rapidamente suppurano, e lasciano uscire, quando si aprono, un pus sanioso; altri appena sviluppati spariscono; finalmente ve ne sono di quelli che rimangono per lungo tempo stazionari.

2.° L'antrace della peste à la forma d'una macchia rossa, dolorosissima di 3 a 4 dita di estensione, occupa il dorso, le spalle, gl'inguini, e termina con la risoluzione o per la gangrena.

3.° Il *Carbonchio*; che la commissione del Cairo à ragionevolmente chiamato *pustola gangrenosa*, è formato da una o molte pustole, circondate da un'areola rossa, pieni d'un siero bruno o nerastro, i quali arrivati alla grossezza d'un'avelana, si screpolano e lasciano allo scoperto una superficie gangrenosa. La mortificazione tosto fa novelli progressi e penetra più o meno profondamente; se la gangrena si circoscrive, l'escara si distacca. I carbonichi pestilenziali si sviluppano ordinariamente sul tronco o sulle membra; alcune volte sulle parti genitali, sul cuoio capelluto o sulla faccia: se ne sono osservati sin anche su i bubboni (Chénot) Raramente sono meno di tre, ma non oltrepassano il numero di 12.

4.° *Esantemi, eruzioni*, ec. Finalmente, la pelle può presentare ancora delle piastre erisipelatose, ma specialmente le petecchie discrete o confluenti, rosee, violette o nere, del diametro di 1 a 5 millimetri.

Questi quattro sintomi, bubboni, antrace, carbonchi e petecchie, possono esistere simultaneamente o isolatamente. I primi mancano raramente; in alcuni casi benigni, costituiscono essi soli quasi tutta la malattia, senza essere accompagnati da feb-

bre ; almeno questa è leggiera e di breve durata tanto , che i malati possono attendere a' loro affari , senza aver bisogno di prender letto. Intanto , ordinariamente però , sintomi generali gravissimi coincidono collo svolgimento delle lesioni descritte. Così i lineamenti sono scontraffatti ; i sussulti de' tendini esistono, alcune volte movimenti convulsivi ; la voce è alterata o spenta, i sensi aboliti o pervertiti , la lingua arida e coverta di fuliginosità ; vi sono singhiozzi , dispnea ; il polso è ineguale , irregolare , insensibile ; le sincopi esistono ; il sangue sfugge da diverse parti ; tutte l'escrezioni esalano un odor fetido ; ed in mezzo a questi disordini la morte è luogo.

Corso.—In generale la peste à un corso sempre crescente, raramente si osservano remittenze o esacerbazioni alternative.

Durata, termine. — La durata media della malattia varia tra il 5.° e l' 8.° giorno; altre volte si prolunga sino alla fine del secondo settenario , mentre in alcune epidemie , come quella di Marsiglia del 1720 , molti malati perivano alla fine di ventiquattro o trent' ore. Finalmente si è detto che la peste poteva colpire a guisa di fulmine , ed uccidere improvvisamente gl' individui i quali apparentemente godevano della più florida salute; questo fatto non è però ancora provato.

Allorchè la malattia à un esito felice , i sintomi gravi diminuiscono gradatamente ; se la cangrena à avuto luogo in qualche parte , l'escara si elimina ; i bubboni si risolvono o passano a suppurazione ; in quest' ultimo caso , il pus è di buona condizione. I pochi malati che sfuggono alla malattia ripigliano lentamente le loro forze ; la loro intelligenza è indebolita ; alcuni rimangono languidi , o privi dell' uso de' sensi , di uno o di molti membri.

Forme.—Gl' autori àno distinto molte forme di peste. Hanno descritto una peste infiammatoria , gastrica , nervosa , putrida , secondo che i fenomeni infiammatori , nervosi , ec. , predominavano. Queste distinzioni però sono poco importanti , e basta conoscere per la pratica , esservi una forma *benigna* ed una forma grave o *maligna*.

La peste assale generalmente una sol volta lo stesso individuo ; questa regola però presenta numerose eccezioni ; poichè alcune volte lo stesso individuo è stato più volte assalito dalla malattia nel corso d' una sola epidemia ; durante la peste di Marsiglia, Bertrand contrasse sino a tre volte la malattia.

Diagnosi. — Importa assaissimo che ciascun medico fissi attentamente la sua attenzione su i sintomi diagnostici di questa terribile malattia , poichè dalla conoscenza di essa potrà dipendere la salute delle intere provincie. E da osservarsi , che in quasi tutte le epidemie , le quali àno avuto luogo , la natura della malattia fu sconosciuta nel principio ; quest' errore è stato

commissso da' medici di gran merito, ed in particolare da N. Massa, G. Mercurialis, Chicoinneau e Verney. Altre volte, sono state annunziate siccome pestilenziali malattie le quali non presentavano questo carattere, errore non meno funesto del primo, che à immerso un intero paese nella costernazione, e causato il più gran danno alle fortune private e pubbliche.

Benchè la peste non abbia alcun sintoma patognomonico, vi è però una riunione di caratteri i quali fanno facilmente distinguere questa malattia da tutte quelle con le quali può avere qualche rassomiglianza. Così, una malattia febbrile la quale si manifesta in generale bruscamente, ed inerudisce sopra un gran numero d'individui contemporaneamente, e che in mezzo a' sintomi tifoidei gravi, è accompagnata da bubboni, da antraci, da pustole cangrenose, non può essere altro che la peste. Se si avesse qualche dubbio sulla natura della malattia, da prima mal caratterizzata, bisognerebbe, siccome lo consiglia il signor Chomel, nel suo *Trattato delle febbri*, isolare i malati, come anche le persone che li assistono, e tutte quelle le quali nello stesso luogo offrirebbero sintomi sospetti, ed in questo modo tutti gl'interessi verrebbero conciliati.

Abbiamo detto precedentemente che le persone le quali avevano altra volta sofferta la peste, provavano spesso de' dolori nelle cicatrici de' bubboni e de' carbonchi durante ed anche prima dell'epidemia. Bisognerebbe tener gran conto di questa circostanza, perchè secondo il signor Prus, è questo il miglior mezzo, sin ora, per conoscere se una costituzione pestilenziale esiste o è imminente.

Pronostico. — La peste è il più terribile de' flagelli che potessero affliggere il genere umano; rapisce qualche volta la metà degl'abitanti d'un paese, intercetta il commercio e tutti i rapporti sociali; spesso espone quello che risparmia a tutti gli orrori della miseria e della fame. La mortalità varia nelle differenti epidemie, e non potrebbe esser calcolata. Sembra però a cose eguali, che la peste la quale si manifesta durante la stagione umida e calda, quella che inerudisce in mezzo alle popolazioni povere ed ammassate insieme, sia più grave. La maggior parte degl'autori hanno egualmente conosciuto che gl'individui robusti e pletorici erano più rapidamente spenti di quelli d'una costituzione meno forte. Per rapporto a' segni del pronostico, non ne esiste un solo che avesse un valore certo; e come ragionevolmente lo à detto G. Morello, nella peste, i sensi, la ragione, gl'aforismi d'Ippocrate, tutto è inganno, ed un segno favorevole in un'epidemia, addivene pernicioso in un'altra. Intanto può aversi come regola generale, che i carbonchi, la cangrena, la sincope, la prostrazione estrema, il raffreddamento del corpo, la trasformazione de' lineamenti, le

convulsioni, le urine sanguinolenti, sono segni che indicano una morte quasi certa ed imminente.

Etiologia. — La peste regna endemica in molti paesi d'Oriente, specialmente in Egitto, in Siria ed in Turchia, come pure in certe contrade dell' Africa e dell' Asia; si è veduta, pur anche spontanea in molte provincie dell' Europa. Molti diversi giudizi gl' uni in opposizione con gl' altri sono stati dati sulle cause che presiedono allo sviluppo della malattia. Ne' paesi dove regna endemica, la maggior parte l'attribuiscono con ragione alle cause locali d' insalubrità, come il fomite d' infezione prodotto dalla decomposizione delle materie vegetabili e specialmente animali, lo straripamento de' fiumi, l' umidità, l' ingombramento delle popolazioni, la miseria, il sudiciume, ec. Queste cause d' insalubrità sono riunite in ogn' anno nel Basso Egitto, così la peste vi è endemica; in quasi tutti gl' anni la si osserva sotto forma sporadica, ed in ogni dieci anni sotto la forma epidemica (Prus). Molti però pensano che queste cause d' insalubrità, che quasi da per tutto s' incontrano, non siano sufficienti per ingenerare la peste; a parer loro, non hanno altra influenza meno quella di propagare la malattia, e di renderla più grave. L' impossibilità in cui si è spesso di far dipendere lo sviluppo della peste dall' esistenza di cause locali à fatto supporre ad alcuni, ed in particolare al dottor Clot-Bey, che la malattia nasce allora sotto una influenza di cause generali probabilmente meteorologiche, le quali presiedono allo sviluppo della maggior parte delle altre epidemie, e delle quali ci è impossibile poterne determinar la natura. Checchè ne sia, è cosa incontrastabile, siccome lo à benissimo stabilito il signor Prus, dietro documenti numerosi ed autentici, che la peste si è sempre manifestata con i principali caratteri delle malattie epidemiche, ogni qual volta essa incrudelisce violentemente nell' Africa, nell' Asia, e nell' Europa. Essa si estende, si propaga allora su de' punti lontanissimi, per la sola influenza delle cause occulte generali esistenti nell' aria, e senza la possibilità di poter accusare alcuna comunicazione sospetta, sia per riguardo alle persone, sia per le cose.

La dottrina del contagio della peste, adottata dopo Fracastoro senza opposizione alcuna, à subito delle modificazioni importanti in quest' ultimo secolo. In fatti sappiamo che negato il contagio da Stoll, da Verney e Chicoineau, ec. essa à trovato due formidabili avversari ne' dottori Clot-Bey e Brayer.

Intanto qualunque ragionamento possa farsi, e tutti i casi d' immunità che si rapportano negl' individui i quali, essendosi esposti al contagio della malattia, non l' hanno contratta, non saprebbero distruggere i fatti numerosi favorevoli al contagio stesso. Così, quando la peste sviluppa sul nostro littorale, ciò avvien

sempre ne' luoghi che hanno avuto relazioni colle contrade dove la malattia già esisteva. È certo che ne' paesi devastati, spesso si perviene a preservarsi dal flagello isolando le persone affette. Mertens, nella peste di Mosca, Bulard ed il signor Lachèze, nell'ultima epidemia d'Egitto, hanno osservato moltissimi stabilimenti pubblici essere preservati dal flagello per effetto dell'isolamento, mentre che al di fuori esercitava la sua ferocia. La scienza possiede alcuni casi in cui la peste è stata inoculata e trasmessa ai carcerati ed a' prigionieri di guerra; e se molti medici han potuto impunemente inocularsi il pus de' bubboni, altri han pagato colla vita questo audace esperimento. Intanto tra i fatti di trasmissione citati, molti sono dubbi o poco concludenti, e bisognerebbe ripetere gli esperimenti sopra quelli individui i quali si trovano lontani dal fomite epidemico; ciò non è stato ancora praticato. Generalmente si è creduto che la trasmissione della peste avesse luogo specialmente pel contatto immediato, che poteva ancora aver luogo per gli effetti ed i mobili, che erano appartenuti a' pestiferi, e mai pel contatto de' cadaveri. Questa dottrina però è stata rifiutata nel rapporto dell'Accademia, dove si stabilì che il contatto immediato di migliaia di pestiferi è rimasto senza pericolo per coloro che lo hanno esercitato all'aria libera o ne' luoghi molto ventilati, e che nessuna osservazione rigorosa mostra la trasmissibilità della peste pel solo contatto de' malati, o per gli abiti e gli effetti che loro appartenevano. La trasmissibilità per causa di mercanzie è stata pur anche combattuta. Si conosce però che ne' focolai epidemici la peste si trasmette mediante i miasmi che i pestiferi esalano e per il fomite d'infezione che può risultarne. È anche trasmissibile fuori de' focolai epidemici, sia sulle navi in mare, sia ne' lazzaretti. In fatti, si comprende bene che i pestiferi viziando l'aria de' locali ove risiedono, possono creare un centro d'infezione pestilenziale suscettibile di trasmettere la malattia a distanze più o meno grandi. Al contrario si è stabilito che i malati affetti da peste sporadica non potevano produrre centri d'infezioni così attivi per poter propagare la malattia. In ogni modo, la peste trasportata in un paese non potrà diffondersi ed esercitarvi grande strage che per quanto troverà nel clima, nell'atmosfera e negli abitanti condizioni favorevoli al suo sviluppo (Prus).

Si è conosciuto che la temperatura umida e calda, la debolezza di costituzione, l'età adulta, il sesso femminile, le fatiche, il terrore, la miseria, le grandi riunioni di popolo nelle cerimonie pubbliche, erano altrettante circostanze le quali favorivano la propagazione della malattia. In certe epidemie si son vedute delle persone le quali esercitavano alcune professioni e rimanevano quasi illese, ma niente di positivo è stato an-

cora ben dimostrato a questo riguardo. In tutte le pesti vi sono certi individui i quali vivendo mai sempre nel centro del contagio, sono rispettati dalla malattia senza però che si potesse sapere la causa di questa immunità.

Tutto ciò che si è detto fin qui si applica alla peste epidemica, ma non può riferirsi a quella che si mostra sì sovente nello stato sporadico in certi paesi dell' Oriente. Quella, in fatti, può regnar tutto l'anno e non sembra mai contagiosa, e non si lega mai, come quella epidemica, ad un cambiamento nella costituzione medica del paese.

Gli autori pensano esservi un intermedio da uno a sette giorni fra il momento in cui il virus s' introduce nella economia e quello dove i suoi primi effetti si manifestano. Il signor Aubert-Roché, il quale ha studiato la quistione dell' incubazione con la più grande premura, ha stabilito che la durata più lunga di questo stadio era di nove giorni. Finalmente, la commissione dell' Accademia studiando questa importante quistione con tutta quella assiduità che merita, ha concluso non potersi assegnare un limite fisso ed assoluto alla durata della incubazione della peste, sembra però dimostrato, dietro fatti conosciuti, che ne' paesi lontani da quelli dove la peste è endemica, e lungi da' centri epidemici, questa malattia non si è mai manifestata nelle persone affette dopo un isolamento di otto giorni. I fatti poco numerosi che potrebbero considerarsi come eccezionali a questa regola, vanno tutti soggetti ad un' altra interpretazione.

Della cura. — La cura della peste deve essere distinta in metodo curativo ed in preservativo o profilattico.

1.º *Trattamento curativo.* — Molti rimedi empirici sono stati preconizzati, l' efficacia de' quali non è stata sanzionata dall' esperienza; tali sono le frizioni col ghiaccio, vantate da Samoilowitz nella peste di Mosca, le frizioni oleose, usate in molte epidemie senza che la loro utilità come mezzo curativo fosse stata dimostrata. Altri medici han ricorso ad un metodo perturbatore. Così i salassi profusi, i possenti diaforetici amministrati sin dallo sviluppo della malattia, o pure gli eccitanti diffusivi, i tonici, e finalmente i narcotici, i mercuriali stessi hanno avuto molti partigiani. Ma disgraziatamente, il metodo curativo della peste, come quello della maggior parte delle altre affezioni, non potrebbe essere sottomesso ad un metodo uniforme, ed i mezzi terapeutici debbono variare secondo l' aspetto della malattia, ed il predominio di alcuni sintomi; in una parola, bisogna soddisfare alle indicazioni più imponenti. Così è che quando sin dallo sviluppo della malattia esistono segni d' una violenta reazione infiammatoria, quando l' individuo è robusto, un salasso generale sarà praticato; bisognerà però usarne con prudenza, in ragione della prostrazione che presto o tardi si manifesta. Contem-

porancamente si prescriveranno le bevande subacide rinfrescanti.

Abbiamo veduto che nella peste si osserva sempre qualche disturbo nelle funzioni digestive. La maggior parte degli autori hanno creduto poterlo vincere con l'emetico; ma questo rimedio per lo più è inutile, e qualche volta pericoloso, in ragione delle alterazioni delle quali lo stomaco n'è la sede. Debbono dunque preferirsi ne' sintomi gastrici le bevande subacide, gassose, fredde, ed anche gelate, prese in piccola dose.

Finalmente, quando gl' accidenti nervosi predominano, bisogna combatterli mediante un metodo speciale. Così, alla prostrazione si oppongono i tonici ed i cordiali, al delirio, a' sussulti, alle contrazioni, il muschio, la canfora e le abluzioni fredde.

Alcuni sintomi della peste reclamano in oltre mezzi particolari. Quindi per i bubboni, in generale bisogna attivare la suppurazione. A questo effetto si covriranno di topici emollienti, e s'incideranno quando la fluttuazione sarà evidente. Per molto tempo gl'antraci, i carbonchi sono stati scarificati, irritati, bruciati in mille modi; questo metodo era nocivo. Oggi, docili a' consigli di Diemerbroek, di Chénot e di G. Frank, questi mezzi violenti non sono più in uso, ma invece si usano su questi tumori foment di olio o di acqua bianca. I carbonchi si spalmano di polvere di chinachina rossa, o si coprono con panni bagnati nel vino aromatico. Finalmente in questo caso si osservano le stesse regole come ne' casi di cangrena e di piaghe con perdita di sostanza.

2.^o *Metodo profilattico.* — Ecco le precauzioni che la commissione dell'Accademia ha consigliato, ogni qual volta la peste si fosse manifestata in una delle nostre città. Quante volte la malattia si sarebbe manifestata in una casa, bisognerebbe immediatamente condurre il pestifero in un luogo molto arioso, dove egli non potesse formare un centro d'infezione, ed ove ricevrebbe le cure che il suo stato richiede. Tutti gl'altri abitanti della casa sarebbero trasferiti in un luogo indicato dall'autorità, ove sarebbero sottomessi alla vigilanza d'un medico. La casa essendo rimasta vuota deve pulirsi, purificarsi, lasciandola inabitata per un mese almeno. Se molte case fossero assalite dal morbo, si farà lo stesso della precedente. Lo stesso dovrà farsi per le città interc. Da una parte fa d'uopo che tutti coloro, non ancora colpiti dalla malattia, abbandonassero i focolari epidemici; dall'altra parte, isolare, disseminare i pestiferi collocandoli ne' luoghi montuosi e molto ventilati, in modo da poter prevenire la formazione di centri pestilenziali.

L'isolamento è un bel mezzo di preservazione, ma non è d'una efficacia assoluta. In fatti, si comprende dal rapporto stesso dell'Accademia, che quando una contrada si trova in pre-

da ad una peste epidemica, gli abitanti sono prima esposti ad un'influenza di cause generali epidemiche, e poi all'influenza de' malati. Or l'isolamento può preservare da questa, ma non preserva affatto dalla prima. Al contrario, fuori i centri epidemici ordinariamente circoscritti, e ne' paesi abitualmente sani, l'influenza delle cause generali epidemiche essendo negative, l'influenza de' pestiferi e de' centri che possono creare rimane sola. L'isolamento, in quest'ultimo caso, è un mezzo certo per esserne preservati (Prus).

Escluse le regole d'una buona igiene, non vi è mezzo che potesse preservare il medico chiamato ad assistere quelli che sono stati colpiti dalla peste, o che deve penetrare ne' focolai d'infezione. Far quindi uso de' guanti ed anche della maschera, strofinarsi le narici, le mani con olio, con aceto, masticare sostanze aromatiche, non inghiottire la saliva, non respirare il fiato de' malati, sono tutti altrettanti precetti senza efficacia reale; d'altronde l'osservazione di molti tra essi potendo inquietare, spaventare gl'individui che abbiamo a curare, conviene astenersene e trattare il pestifero nella stessa guisa come si cura un individuo colpito da altra malattia. Le precauzioni barbare altre volte adottate e messe in pratica ancora in certi lazaretti, non sono più de' nostri tempi; d'altronde producevano necessariamente de' centri pestilenziali e favorivano per conseguenza l'estensione della malattia.

La peste è uno di quei flagelli che l'uomo può distruggere. Così siamo convinti che i progressi della civilizzazione estingueranno un giorno la peste in Egitto, dove era sconosciuta prima che questo paese cadesse nello stato di barbarie. La città di Londra è un esempio luminosissimo per dimostrare ciò che può l'igiene per estinguere la peste. Si conosce in fatti che questa terribile malattia era quasi endemica a Londra, or son due secoli; ma l'incendio del 1666 avendo consumato in pochi giorni la maggior parte della città, ed avendo il fuoco divorato specialmente i quartieri più insalubri, si ebbe cura, nella loro ricostruzione, di allargar le strade ed alzare il suolo; così da quel momento, Londra cessò d'esser devastata dalle epidemie pestilenziali, quantunque dopo quest'epoca sia stata in comunicazioni frequentissime con i paesi d'Oriente.

Natura della peste. — La peste è una malattia generale prodotta dal contagio miasmatico; sin ora però non è stato possibile precisare la natura dell'affezione, poichè ignoriamo il modo d'azione dell'agente morboso, non potendo sapere l'organo o l'apparecchio che altera primitivamente. Bulard suppone pertanto che la peste sia una malattia dipendente dall'alterazione della linfa; egli considera questa siccome quella che costituisce l'essenza dell'affezione; ammette consecutivamente un'alte-

razione del sangue per la quale spiega i fenomeni nervosi ed i sintomi generali d' infezione che caratterizzano la malattia. Questa opinione non è solamente ingegnosa, ma à per se una certa verisimiglianza, e conta pure in suo favore risultati di anatomia patologica: pertanto non si potrebbe avere alcun convincimento a questo riguardo. D' altronde vien provato dall' apertura de' cadaveri che la peste non è costituita da un' infiammazione viscerale, e specialmente da una gastro-enterite, come altre volte si credeva.

SECONDO GENERE DI FEBBRI

DELLE FEBBRI ERUTTIVE

DEL VAIUOLO

Sinonimia ed etimologia. *Petite vérole o picote*.— Dermite vaiolosa (Piorry). Vaiuolo deriva, secondo gl' uni da *Varus* pustola, o da *varius* macchiato, per ragione de' diversi colori che la pelle presenta in questa malattia.

Definizione.— Il vaiuolo è un esantema acuto contagioso la di cui eruzione è preceduta da prodromi per due o tre giorni, caratterizzato da prima da nodi duri e puntati, che poscia si mutano in tante pustole ombelicate al loro centro, che essiccandosi lasciano sulla pelle delle macchie le quali si dileguano a poco a poco, o pure delle cicatrici irregolari, di forma variabile ed indelebili.

Storia.— Tutti i documenti storici che potrebbonsi consultare provano che il vaiuolo è stato completamente sconosciuto da' Greci, e dai Romani. Si dice che nell' anno 622 della nostra era Aron o Aaroun indicò il primo il vaiuolo sotto il nome di *djidri*; ma solamente verso il X.^o secolo la malattia fu un poco convenevolmente descritta da Rhazès (1). Di origine dell' Asia centrale, il vaiuolo fu trasportato da' Saraceni nell' Africa, poi in tutte le provincie meridionali dell' Europa che questi barbari invasero. La malattia si propagò poscia lentamente verso il nord, e solamente all' epoca delle crociate questo flagello infestò l' Europa tutta. Finalmente i nostri vascelli lo hanno trasportato nell' America ed in tutte le isole dell' Oceano, dove era perfettamente ignorato prima dell' arrivo degl' Europei. Si vede dunque che, nella sua propagazione, il vaiuolo à costantemente seguito il movimento delle popolazioni.

(1) Il suo vero nome è Abu-Bocker-Moammed, nato a Ray, città dell' Irack in Persia. Dal luogo della sua nascita gli è stato dato corrottamente il nome di Rhazès. Il suo Trattato del vaiuolo, d' un mediocre interesse, è tradotto alla fine del 1. lib. delle opere di Mead.

Per enumerare tutti i travagli intrapresi sul vaiuolo non sarebbe sufficiente un intero volume; nel corso di questo articolo faremo menzione di alcuni scritti speciali che potranno consultarsi; ma sopra tutto raccomandiamo al lettore l'immortale opera di Sydenham, e quelle non meno rimarcabili di Morton e di Borsieri; e finalmente, tra i trattati moderni, raccomandiamo specialmente le *Malattie della pelle*, del dottor Rayer.

Divisione.— Il vaiuolo è stato diviso in cinque stadi distinti cioè: l'incubazione, l'invasione, l'eruzione, la suppurazione e la squamazione.

Primo stadio o incubazione.— L'incubazione è l'intervallo che passa dal momento in cui il virus è introdotto nella economia sino a che il primo mal'essere comincia. Durante l'incubazione, vi sono tutte le apparenze della salute. La durata di quest'epoca varia; essa può essere di cinque a sette giorni secondo Hott e Boerhaave, di dieci a venti secondo il sig. Rayer; nel vaiuolo inoculato ora di sette ad otto giorni.

Secondo stadio o invasione.— L'invasione viene indicata da sintomi più o meno gravi. Vi sono freddi violenti accompagnati da frequenza del polso, da calore e secchezza della pelle: i malati accusano una cefalalgia intensa, stirature delle membra, *de' dolori alcune volte atroci ne' lombi*, una viva sensibilità all'epigastrio; soffrono nausea, vomiti biliosi e stentati; alcuni anno il delirio o cadono nel coma, molti ragazzi soffrono delle convulsioni. Finalmente ne' casi più gravi, diverse emorragie anno luogo specialmente per parte della mucosa degli organi genito-urinari o del tessuto cellulare sotto cutaneo. Alcuni malati sono morti nel corso di questo stadio, la di cui durata media è di due o tre giorni.

Terzo stadio o eruzione.— L'eruzione si manifesta comunemente al secondo o terzo giorno de' prodromi. Si cominciano ad osservare alla faccia, e specialmente sul mento, come pure sulla superficie cutanea de' labbri, delle macchie rosse, nel centro delle quali si osserva un nodetto pustoloso, duro ed appuntato. L'eruzione si manifesta poscia al tronco, alle membra superiori ed inferiori; qualche volta è sì abbondante, particolarmente alla faccia, in modo che i nodetti sono sì ravvicinati, ed anche confusi per la loro circonferenza; dicesi allora vaiuolo *confluente o coerente*. In altri casi, la confluenza anzichè esser generale, si limita in certi punti o a gruppi, ed allora chiamasi *vaiuolo corimboso*; finalmente qualche volta l'eruzione è disseminata, ed allora il vaiuolo dicesi *discreto*. Una eruzione simile a quella della pelle avendo luogo anche nella bocca, specialmente sulla volta del palato, sul velo palatino, su i pilastri e nel faringe, si osservano su tutte queste parti delle protuberanze miliari, bianche e dure; nello stesso tempo i malati provano calore nella bocca e difficoltà nella deglutizione. Una tosse

rauca, straziante, una voce fioca, indicano che un'eruzione simile à avuto luogo nella parte superiore del laringe. Generalmente, i sintomi fastidiosi che si osservavano nel tempo de' prodromi diminuiscono o finiscono quando l'eruzione è completa, la febbre pure si calma. Quando però il vaiuolo è confluyente, grave, i malati continuano ad essere agitati ed a lamentarsi, la febbre si aumenta; in questo stadio la temperatura acquista il suo maximum d'intensità (40.° secondo il signor Roger); spesso vi è delirio, emorragie attive e passive possono aver luogo. In questo stadio spesso si manifestano flemmasie viscerali (pleurisia, pneumonia, pericardite), ordinariamente latenti, le quali operano una retropulsione spiacevole, attraversano l'eruzione cutanea, la quale allora si sospende, si appassisce, si abbassa.

Ne' primi quattro giorni dell'eruzione, le pustole del vaiuolo si fanno più grandi, sono circondate da un areola rossa; il loro apice offre tosto una vescichetta depressa nel centro di forma circolare ombelicata. Questa disposizione esiste in generale per tutte le vescichette sin dal terzo giorno dell'eruzione. Quando il vaiuolo è confluentissimo è impossibile vederne la disposizione ombelicata; perchè allora tutta la figura del malato sembra ricoperta da una pellicola biancastra e quasi uniforme. L'aspetto delle pustole varia d'altronde a seconda delle regioni, sono voluminose alla faccia, piccole sullo scroto, esse son larghe, un poco convesse e non ombelicate sulla palma della mano; formano per tutto una certa protuberanza, eccettuato alla pianta de' piedi, dove presentano l'aspetto di semplici macchie circolari, violacee, circondate da una frangia bianca. A quest'epoca, la pelle è tumefatta in ogni punto; per esempio alla faccia, le palpebre ricoprono il globo oculare e spesso vi è ptialismo. Questo stadio, durante il quale molti malati muoiono, finisce all'ottavo o al nono giorno.

Quarto stadio o di suppurazione. — Questo stadio vien caratterizzato dalla intensità della febbre, la quale, diminuita subito dopo l'eruzione, a quest'epoca raddoppia e prende il nome di *febbre secondaria*. Contemporaneamente il gonfiamento delle parti si aumenta. Questa tumefazione può esser considerabile anche quando vi sono poche pustole; è molto marcata specialmente alla faccia. Le pustole, aumentando sempre si riempiono d'un liquido opaco, purulento; la salivazione è abbondante ne' malati, la parola e la deglutizione sono dolorose e difficili. Ne' ragazzi il ptialismo è meno frequente, e spesso non sostituito da diarrea. In generale, la salivazione, cominciata dal terzo al settimo giorno, finisce dal nono al decimo; la tumefazione della faccia diminuisce poco dopo, e qualche volta è sostituita da un gonfiamento doloroso de' piedi o delle mani. Quando il vaiuolo è grave, si possono osservare la maggior par-

te degl' accidenti notati ne' stadi precedenti. In questi casi le pustole, la di cui suppurazione è imperfetta si abbassano, s'increspano, e prendono un colorito violaceo; alcune si riempiono di sangue nero, o pure le petecchie si formano negl' intervalli, e diverse emorragie hanno luogo. Le più frequenti sono l'epistassi, l'ematurie, e nelle donne le menorragie; finalmente la morte à luogo in mezzo ad un'agitazione ed un'ansietà estreme. Lo stadio della suppurazione è quello durante il quale si osserva il maggior numero delle complicanze; ciò spiega perchè quasi tutti gl'individui i quali sono vittima del vaiuolo muoiono in questo stadio. I due fenomeni costanti di quest'epoca il gonfiamento e la febbre, riconoscono per causa principale la formazione del pus; in questi due sintomi però, specialmente nel secondo, vi è qualche cosa di speciale e d'indipendente dalla suppurazione; poichè, siccome Hallé lo à dimostrato, da mezzo secolo e più, alcune pustole sono sufficienti per produrli, mentre vedremo che nel vaiuolo modificato (vaiuoloide) dalla vaccinazione; o da un vaiuolo an'eriore, una eruzione anche considerabile non determina affatto la febbre secondaria.

Quinto stadio. — Il disseccamento delle pustole à luogo dall'ottavo al nono giorno. Si osserva prima alla faccia, dove è spesso completo prima che le pustole delle membra siano pervenute alla loro maturità. Il disseccamento si fa in due modi: ora le pustole si screpolano ed il pus che ne esce si condensa al contatto dell'aria, o pure la pustola si aggrinza, si abbassa e si converte in una crosta grigia o brunastra, che tramanda un odore nauseante tutto particolare. I malati provano allora sotto le croste un senso di tensione ed un prurito che li forza a grattarsi, a strapparsi. In alcuni casi, le pustole si ulcerano, e l'ulcerazione distruggendo una porzione o la totalità del derma, ne risultano le piaghe saniose, grigiastre, coperte di croste umide, nerastre, le quali producono quelle cicatrici riunite, e quelli imbrigliamenti che sfigurano alcuni individui. Nella maggior parte de' casi la caduta delle croste lascia solamente una tinta color di vino, più o meno uniforme, che si dilegua lentamente; allora si osservano più completamente quelle cicatrici lenticolari più o meno numerose che formano le stigmate indelebili di coloro che hanno sofferto il vaiuolo.

Le pustole che abbiain detto svilupparsi sur alcune mucose, hanno un corso più rapido delle pustole cutanee, non si disseccano, ma la membrana formata sotto l'epitelio si distacca verso il 5.^o o 6.^o giorno, e lascia una piccola ulceraazione o piuttosto una leggiera erosione la quale prontamente guarisce senza lasciare palpabile cicatrice.

Complicanze. — Durante lo stadio del disseccamento, molti accidenti possono aver luogo; così, si veggono alcune volte le

pustole abbassarsi, incresparsi ad un tratto; i malati allora cadono in una prostrazione; soffrono freddi irregolari, il delirio, il coma, l'oppressione, l'ansietà; la febbre si raddoppia; la lingua si fa arida, nera, de' scarichi di materie fetide anno luogo; in una parola, sopravvengono sintomi, i quali fanno sospettare l'assorbimento purulento. In questo stesso stadio, si veggono perire bruscamente i malati o per sincope o per una specie di avvelenamento; altri muoiono per una diarrea colliquativa, per accidenti cerebrali, o per una pneumonia intercorrente, e più raramente per una laringo-tracheite semplice, ulcerosa o pseudo-membranosa. In riassunto, il vaiuolo può mostrarsi sotto forma benigna o grave. Non bisogna però credere che i soli vaiuoli confluenti possino essere accompagnati da sintomi tristi; in fatti, si osservano spessissimo, specialmente in tempo d'epidemia, vaiuoli discreti i quali sono gravissimi ed anno esiti funesti. Burserio e Morton ne rapportano molti esempi.

Siamo convinti che i vaiuoli, come quasi tutte le altre malattie non si presentano sempre sotto la stessa forma sintomatica; così si veggono ora predominare i fenomeni infiammatori; altre volte i fenomeni adinamici, atassici o biliosi. Questi accidenti variano molto secondo le stagioni, i paesi, le costituzioni mediche o epidemiche, secondo gl'individui.

Conseguenze della malattia. — Il vaiuolo può lasciare dopo di esso delle malattie o infermità più o meno gravi. Non farò parola de' foruncoli, delle pustole d'etima, nè della risipola; ma molti malati sono affetti da otorrea purulenta, accompagnandosi alcune volte da perforazione della membrana del timpano e da carie dell'osso petroso; altri, in maggior numero conservano oftalmie ribelli, un'ulcerazione del bordo libero delle palpebre e la caduta de' peli. Queste oftalmie anno luogo ordinariamente nel terzo periodo, sono spesso seguite da opacità della cornea; altre volte questa si rammollisce, e ne viene la perforazione; l'occhio si vuota, o pure lo stafiloma vi si stabilisce. Come conseguenza del vaiuolo, si osservano ancora nelle differenti parti del corpo ascessi numerosi i quali rapidamente si formano da un giorno all'altro, e quasi senza dolori. Questi ascessi sembrano spesso nascere senza il concorso di alcun lavoro infiammatorio ben distinto; si direbbe che il pus riassorbito nella febbre di suppurazione, essendo stato trattenuto nella massa del sangue, è poi bruscamente esalato in uno o molti punti del corpo. Finalmente vi sono malati i quali guariti del vaiuolo, periscono per causa d'una diarrea ostinata, la quale il più delle volte si lega alle ulcerazioni o al rammollimento con distruzione della mucosa del colon; altri finalmente muoiono etici.

In alcuni casi però, rari d'altronde, il vaiuolo à guarito certe malattie ribelli, o modificato vantaggiosamente alcune co-

stituzioni deboli; frequentemente à portato la guarigione d'ingorgli glandolari e d'eruzioni croniche alla pelle. Altre volte la rivulsione violenta che si stabilisce sulla pelle durante l'eruzione, è stata qualche volta sufficiente per far abortire o arrestar bruscamente flemmasie viscerali, come la pneumonia. Il signor Andral cita un esempio curioso nel tomo III della sua *Clinica* (observ. 60 de la 4^a édition). Finalmente, i signori Rilliet e Barthez, avendo spesso osservato de' tubercoli nello stato cretaceo negl'individui morti per vaiuolo, o essendo periti qualche tempo dopo questa eruzione, han conchiuso che questa malattia tendeva a guarire i tubercoli facendo loro subire la trasformazione cretacea. Questa conclusione non sembrerà però troppo rigorosa. D'altronde l'opinione di questi medici ci sembra non esser nè pure verisimile; poichè non possiam supporre con essi che alcuni giorni o alcune settimane possino esser sufficienti, per operare nella costituzione de' tubercoli un cambiamento, il quale ordinariamente si effettua solo col travaglio di molti anni.

Recidive. — In generale il vaiuolo si soffre una sol volta in tutto il corso della vita; pertanto vi sono casi frequenti di recidive, alcuni le fanno ascendere approssimativamente ad un cinquantesimo; il signor Gaultier de Claubry dice essere in rapporto di 1. a 63.

Anatomia patologica. — Quando l'eruzione vaiolosa si trova solamente allo stato di pustole, l'epidermide è già rammollito e quasi separato dal derma, tosto un'esalazione sierosa si forma, e poi un prodotto concreto à luogo. In fatti disseccando la pustola vaiolosa, si trova sotto l'epidermide che à conservato a poco presso la sua spessezza una pseudo-membrana d'un bianco malto, molto consistente, alquanto friabile, della forma d'un cono troncato, della spessezza d'un millimetro e depressa nel suo centro. Questo disco è più aderente all'epidermide che al derma; al disotto di questa produzione pseudo-membranosa, il derma è sottilmente iniettato o ecchimosato. Quando si esaminano le pustole ad un'epoca più avanzata, vi si trova un pus giallastro e consistente. Si è detto che la forma ombelicata delle pustole dipendeva da un filamento celluloso che dall'epidermide si porterebbe al derma, altri la fanno discendere dalla contrazione che i condotti escretori delle glandole cutanee esercitano sull'epidermide. Ma da ciò che ho detto si vede che le disposizione ombelicata dipende dalla forma del disco stesso.

Le pustole si osservano su molte mucose, come la congiuntiva, la pituitaria, sulla mucosa della vulva, del prepuzio, della bocca, e meno frequentemente su quella del laringe, della trachea, e più raramente forse sulla superficie dello stoma-

co dell' esofago e del retto , e forse mai nelle altre parti del tubo digestivo. Le pustole che si osservano sulla mucosa sono ordinariamente abbassate , vuote di pus ; alcune volte sostituite da ulcerazioni rotonde , grigiastre più o meno confluenti , specialmente sulla mucosa del laringe.

Negl' individui morti per vaiuolo , non si osserva alcuna lesione costante negl' organi interni. I più frequenti sono un rammollimento parziale della mucosa gastro-intestinale , delle petecchie , delle congestioni sanguigne verso i polmoni , alcune volte l'epatizzazione , la splenizzazione di questi organi , i quali possono essere la sede de' noccioli apoplettici o ascessi metastatici incipienti , come sembra averlo spesso osservato il signor Piorry. Il cuore è flaccido , rammollito ; il sangue è pallido , sieroso sciolto , ciò che prova la facilità colla quale penetra le pareti de' vasi , che colora in rosso o in nero. Finalmente per parte de' centri nervosi , altro non si osserva che un iniettamento delle meningi e del cervello , con un spandimento sieroso , il quale sta generalmente in rapporto con la lunghezza dell' agonia. (Per lo stato del sangue , vedi appresso : *Natura delle febbri eruttive*).

Diagnosi. — Tra i sintomi prodromi che abbiamo indicati , non ve n' è un solo che possa indicare *sicuramente* una prossima eruzione vaiuolosa. Così spesse volte il vaiuolo al suo sviluppo può esser confuso con un'altra affezione , specialmente colla febbre tifoidea. Un apparato però febbrile intenso , che si manifesta quasi sempre bruscamente in un individuo non inoculato , accompagnato da cefalalgia , da desiderio di vomitare , e soprattutto da *dolori vivissimi ne' lombi* , ciò deve far sospettare il vaiuolo anzi che qualunque altra malattia. Quando l'eruzione è visibile , essa è caratteristica , e non potrebbe confondersi con qualunque altra affezione meno che da una persona ignorante. D'altronde vedremo in che l'eruzione vaiuolosa differisce dalla varicella , dal morbillo , dalla scarlattina dalla risipola.

Nel vaiuolo l'eruzione non è altro che uno degli elementi della malattia ; intanto per essa sola si può stabilire la diagnosi dell'affezione. Pur nonostante si dice che in alcuni vaiuoli l'eruzione manca completamente , e che per conseguenza vengono caratterizzati per mezzo de' sintomi generali. Questa infelice idea appartiene a Sydenham , il quale dando alla febbre putrida del 1667 il nome di *vaiuolosa* , ispirò agl' autori l'idea d' un *morbus variolicus sine pustulis* : opinione sino ad oggi ricevuta generalmente come vera , ma senza alcun esame e senza che si potesse invocare alcun fatto clinico in suo favore. In fatti , come può dirsi che un individuo abbia sofferto il vaiuolo quando , essendosi esposto al contagio , proverà solamente de' freddi , la lombaggine , la cefalalgia , i vomiti , ed una feb-

bre intensa e continua per lo spazio di due settenari? vi è forse in alcuno di questi sintomi o nel loro insieme qualche cosa di caratteristico, che non si osservi nell'apparato sintomatico allo sviluppo o nel corso d'un'immensità di altre malattie? Quindi dunque, lo ripeto, il vaiolo non può aver altro carattere essenziale patognomonico quanto l'eruzione: la malattia non può esistere o almeno non può essere diagnosticata senza di essa.

Pronostico. — Il vaiuolo è malattia grave. Numerosi calcoli hanno provato che maggiori stragi avea fatto della peste stessa, poichè prima della inoculazione, esso solo rapiva la quattordicesima parte della specie umana: Il sesto o l'ottavo degli individui che assale periscono; e quando regna epidemico, la mortalità può giugnere ad un quarto ed anche ad un terzo. Rhazès ragionevolmente à stabilito che, quando la febbre aumenta o persiste allo stesso grado dopo l'eruzione, si debbono concepire de' timori sull'esito della malattia. La gravezza del pronostico è generalmente proporzionata al numero delle pustole; perciò il vaiuolo confluyente deve esser considerato come una delle malattie le più gravi dalle quali l'uomo possa essere colpito. I fanciulli, purchè non siano troppo giovani, superano i pericoli del vaiuolo più facilmente degli adulti e soprattutto de' vecchi. Quando il vaiuolo colpisce una donna gravida, l'aborto o il parto prematuro à quasi sempre luogo, e raramente la malata sopravvive. Così tra ventisette donne incinte colpite dal vaiuolo, il signor Serres ne à vedute ventitre abortire, ed una sola sopravvivere; tre non abortirono e guarirono (1). La malattia è pure molto pericolosa in tempo d'epidemia, durante la stagione fredda, ed anche quando affetta le donne o gl'individui debilitati da una causa qualunque. L'abbassamento istantaneo delle pustole, od anche la loro mollezza, sopravvenendo sin dallo sviluppo, sono tali segni da far temere un esito funesto. L'emorragie, per qualunque luogo abbiano origine, costituiscono ancora un sintoma pericoloso. Se ànno luogo i deliqui, bisogna, dice Rhazès, quasi disperare del malato. Lo stesso si dirà di tutte le complicazioni infiammatorie, le quali ànno luogo nelle cavità splancniche. Al contrario, Sydenham considerava la salivazione, il gonfiamento della faccia, quello de' piedi e delle mani siccome di favorevole augurio. Egli determinava come circostanza pericolosissima la mancanza de' due primi fenomeni. Così l'Ippocrate inglese considerava come in preda alla morte tutti coloro ne' quali il piatismo, che finisce all'undecimo giorno a contar dallo sviluppo,

(1) Mead pretende che se la donna non abortisce, il fanciullo va esente dal vaiuolo per tutto il tempo della vita, a meno che non nasca al mondo prima che le pustole siano mature. E' questo un fatto curioso che deve ancora verificarsi.

non era supplito dal gonfiamento della faccia che deve persistere ancora, come pure da una tumefazione analoga che comincia ad invadere i piedi e le mani. Molti fatti hanno provato che la proposizione di Sydenham non poteva essere accettata in tutto il suo rigore; però è generalmente vera. Tutti gl' accidenti cerebrali hanno della gravità, ma specialmente le convulsioni, quantunque Sydenham, Cullen, Mead ed altri abbiano preteso che, sopravvenendo ne' prodromi, esse indicano che l'eruzione sarà benigna. Il coma, il delirio violento e persistente, si legano egualmente alle forme gravi della malattia; il delirio è specialmente pericoloso allorchè si manifesta ad un periodo vicino allo sviluppo. Così Freind non ha mai veduto guarire alcuni dei malati i quali avevano cominciato a delirare al quarto giorno dell'eruzione.

Etiologia. — Il vaiuolo assale gl'individui di qualunque età, di qualunque sesso, di qualunque costituzione: però l'infanzia, specialmente dopo dieci anni, i giovani ed il sesso femminile vi sono più predisposti. Incerudelisce egualmente in tutti i climi e su tutte le razze umane. Più di quaranta osservazioni registrate negli annali della scienza provano che il vaiuolo può colpire il feto nello stesso tempo della madre, altre volte il solo feto è colpito; si dice pure che, ne' casi di doppia gravidanza, uno solo de' fanciulli è stato colpito dall'eruzione (2). Si osserva la malattia in tutte le stagioni; intanto si mostra ordinariamente nella primavera, incrudelisce con più forza in està, è più mite in autunno, e finisce nell'inverno. Alcuni individui privilegiati non soffrono mai il vaiuolo; mentre altri, come lo abbiamo detto, sono disposti a contrarla molte volte, senza che si conosca la causa di queste anomalie.

Il vaiuolo è essenzialmente contagioso. Il suo sviluppo nel nostro clima non è probabilmente mai spontaneo. Si comunica pel contatto immediato o mediato. Il carattere contagioso comincia colla suppurazione delle pustole e dura sino alla caduta delle croste. Un vaiuolo discreto può dar luogo ad un vaiuolo confluyente e viceversa.

Cura. — Quando il vaiuolo, o discreto o confluyente, siegue regolarmente il suo corso senza presentare alcuna complica-

(1) Il vaiuolo che assale il feto in generale è discreto; si contano solamente un centinaio di pustole su tutto il corpo. Le pustole, divise quasi egualmente su tutta la superficie de' tegumenti, bagnate dal liquido dell'amnios, non hanno un corso come se fossero al contatto dell'aria; ma rassomigliansi molto pel loro sviluppo a quelle che si manifestano sulle mucose. Così alcune si risolvono, altre si ulcerano prontamente dopo la caduta del piccolo disco pseudo-membranoso, e la piccola soluzione di continuo si cicatrizza senza lasciare alcuna traccia; alcune volte vi sono delle cicatrici caratteristiche, ma poco profonde (voir une bonne Thèse de M. Chuigneau, n. 21, Paris 1847)

zione grave nè alcun sintoma predominante, la cura deve essere puramente aspettante. I malati saranno collocati in un letto moderatamente coperti, mantenendo nella stanza una temperatura di 12 a 14 R; guarderanno un' assoluta dieta; faranno uso d' una maggiore o minor quantità di bevande dolci, diluenti, acidole, temperanti. Si amministreranno i pediluvii allo sviluppo, si applicheranno i cataplasmi sinapati ambulanti sulle estremità inferiori, per calmare la cefalalgia. Si bagneranno gl'occhi con una decozione emolliente tiepida, quando le palpebre saranno la sede di pustole dolorose. Si preserveranno i gargarismi emollienti per calmare i dolori della gola e della bocca. Ne' casi di difficile deglutizione, alcuni autori, particolarmente Mead ed Bluxham, consigliavano l'applicazione de' vescicanti sul collo o dietro le orecchie; è dubbioso però che questa pratica, disusata oggi, abbia qualche vantaggio. Se la costipazione, che d' ordinario si osserva ne' tre primi periodi, resiste all' uso dei clisteri, si amministrerà un leggiero lassativo; se poi si manifesta una diarrea abbondante la quale osta allo sviluppo regolare dell' eruzione, si amministreranno i mucillagginosi, ed una piccola quantità di oppio o per bocca o per clisteri. Contro quest' accidente Lassonne consigliava, *dans les Mémoires de la Société Royale de Médecine* (anno 1779), come sovrano rimedio, l'uso del latte rotto con la tisana di radice di perzemolo. Quando i malati sono travagliati, inquieti, tormentati da veglia, si calmano spesso con un bagno tiepido di mezz' ora; in questo caso credo, con Sydenham, potersi prescrivere una preparazione oppiata; i timori che questo medicamento incute ad alcuni non mi sembrano affatto giustificati: Cullen, uomo di tanta esperienza, lo amministrava a quasi tutti i suoi malati dal quinto giorno e durante il corso di tutta l' affezione. Sydenham voleva aneora che i malati stassero in piedi ne' primi cinque o sei giorni dell' eruzione; questo modo di agire lo voleva specialmente ne' ragazzi e durante l' età, con ciò credeva poter prevenire la tendenza alle emorragie. I vantaggi di questa pratica non sono aneora ben dimostrati.

In molti casi però, la cura del vaiuolo non può essere così semplice. Quando in fatti al principiar dell' affezione si osservano de' segni d' una violenta reazione febbrile, quando il polso è largo e duro, quando si osservano segni di congestione viscerale, si dovrà praticare un salasso generale o locale; ma il salasso si userà sempre con riserva, e quando l' indicazione è positiva. Non sapremmo per conseguenza consigliare la condotta di Mead, il quale considerava i salassi come il primo ed il più necessario di tutti i rimedi, e che, conseguente a questa erronea dottrina, praticava due o tre salassi ne' primi due o tre giorni della malattia, senza tema di replicarli nel periodo della suppu-

razione, quando il calore febbrile era troppo vivo. Il signor Bouillaud si loda pure dell'uso che à fatto del metodo del salasso immediatamente ripetuto nel vaiuolo confluyente, senza però usarne come nelle flemmasie genuine. Questo professore però non à rapportato alcuna serie di fatti in favore di questo metodo che tutti i pratici accorti proscrivono, e che già aveva trovato, nell'ultimo secolo, due ardenti difensori in persona di Chirac e di Sylva:

Torna difficil cosa il dire quale condotta bisogna tenere nei vaiuoli gravi accompagnati da disturbo considerabile del sistema nervoso. I salassi, gl' antispasmodici, i purgativi, mancano quasi sempre; in questo caso, la maggior parte de' medici sono allora ricorsi a' rivulsivi cutanei, come i sinapismi o i vescicatori. Ma questi mezzi sono senza effetto; sono al contrario irrazionali, poichè aggiungono una novella infiammazione a quella che occupa tutta la superficie della pelle. Nessun agente efficace può dunque opporsi al delirio ed alle convulsioni violenti: Cullen però dice aver combattuto con successo questi ultimi con le dosi generose di oppio; questo mezzo dunque non saprebbe trascurarsi. Ne' casi in cui il vaiuolo è accompagnato da accidenti adinamici, quando specialmente àno luogo l'emorragie passive, il vino la chinachina e gli acidi minerali sono indicati.

Quando l'eruzione sembra manifestarsi lentamente e con pena, sono generalmente consigliati i bagni caldi da 28 a 30 R., ad anche i bagni a vapore; le bevande calde diaforetiche, alcuni stimolanti come l'aceto ammoniacale (8 a 16 gramme e più nella tisana), ed anche alcuni tonici se il malato è nello stesso tempo indebolito e prostrato; la pelle dovrà anche eccitarsi mediante i sinapismi e le frizioni secche o aromatiche. In fine in simil caso, Huxham si lodava molto d'un leggiero emetico. Gli accidenti atassici sono i più difficili a combattersi, e disgraziatamente nessun buon effetto si ottiene allora nè dalle sanguisughe applicate dietro l'orecchie, nè dall'amministrazione dei rimedi chiamati antispasmodici.

Uno dei principali pericoli dell'vaiuolo avendo sede nella quantità e nello sviluppo delle pustole, molti medici àno cercato, in diverse epoche, di limitarne il numero, o, una volta sviluppate, farle abortire; in questo scopo sono stati impiegati i salassi copiosi, abluzioni fredde, si sono amministrati i vomitivi, ed i purganti ripetuti, e si è dato all'interno le dosi generose di acidi minerali, e di preparazioni antimoniali. Ma questi rimedi mai àn prodotto i felici risultati che si speravano, e con ragione vi àno generalmente rinunciato. Lo stesso dirò della pratica del signor Eichhorn, il quale consiglia nella febbre d'invasione, o al più tardi quando l'eruzione comincia, di pra-

ticare sulla pelle quaranta o cinquanta incisioni, ed introdurvi la maggior quantità possibile di virus vaccino.

Alcuni, nella speranza di prevenire gli accidenti dell'assorbimento, hanno consigliato di considerare le pustole siccome tanti ascessi, e di farne l'incisione; ma il loro numero rende questa pratica impossibile. D'altronde la semplice incisione, lasciando l'epidrmide al suo sito, non impedisce al pus novellamente secreto di accumularsi e di soggiornare al di sotto.

La cauterizzazione delle pustole col nitrato d'argento, consigliata da' signori Bretonneau, Serres, Velpeau (è questo il metodo *ectrotique*), ebbe molti seguaci. Ma perchè questo metodo fosse efficace, bisognerebbe cauterizzare ciascuna pustola in particolare, cosa poco vantaggiosa nel vaiuolo confluyente; in questo si è anche consigliata la cauterizzazione in massa, mediante un pennello bagnato in una soluzione concentrata d'azotato d'argento. L'esperienza non si è pronunziata in favore di questa pratica dolorosa, raramente utile, e spesso causa di gravi accidenti. Alcuni di quelli che hanno usato la canterizzazione siccome metodo generale, ne hanno almeno riserbato l'uso per far abortire le pustole dal bordo libero delle palpebre; nessun vantaggio abbian però riconosciuto in questo mezzo abbandonato oggi generalmente. D'altronde volendosi ottenere dalla canterizzazione l'effetto desiderato, bisogna usarlo ne' primi quattro o cinque giorni di eruzione.

Baillou, e poi Zimmermann, Rosen ec. avevano altre volte osservato che gl'impiastri mercuriali avevano arrestato lo sviluppo delle pustole vaiuolose. Questi fatti erano stati dimenticati, quando il signor Serres, e poi i signori Briquet e Nonat, intrapresero novelle esperienze le quali hanno provato l'utilità dei topici mercuriali, e specialmente l'empiastrò di Vigo. Così il signor Briquet, il quale pubblicò a questo scopo il più completo lavoro (*Archives* de 1838), ha conosciuto che quando si copre per quattro o cinque giorni l'eruzione al suo sviluppo con un empiastro mercuriale, s'impedisce il lavoro suppurativo, si produce la risoluzione di alcune pustole, mentre la maggior parte si trasformano in vescichette o in una specie di tubercolo duro. Per produrre questo risultato si usa comunemente l'empiastrò di *Vigo cum mercurio*, che si spalma a guisa di strato da 4 a 5 millimetri di spessorezza sopra una tela grossolana; si applica poscia sulla faccia, che si covre completamente, facendovi delle aperture sulle narici, alla bocca ed agl'occhi. Questo empiastro vien mantenuto alla faccia mediante una striscia di diachilon collocata trasversalmente sul labbro superiore, fatta a croce dietro la testa, i di cui estremi si riuniscono in mezzo alla fronte. Il signor Briquet consiglia pure di applicare lo stesso empiastro sulla maggior parte della pelle. È questa una pratica che meri-

ta d'essere imitata, poichè à per effetto di opporsi alla suppurazione ed a tutti gli accidenti che ne sono la conseguenza; calma i sintomi generali, li rende meno gravi e impedisce le cicatrici difformi. L'empiastrò di Vigo non agisce comprimendo, ma solo per effetto della preparazione mercuriale. Questo trattamento non offre alcun pericolo; qualche volta però produce la salivazione più o meno abbondante. L'empiastrò di Vigo può esser sostituito dall'unguento mercuriale che si spalma a strati sottili su i punti affetti.

Quando le pustole sono suppurate, quando la tumefazione è considerabile, bisogna per prevenir l'assorbimento del pus e l'erosione della pelle, punger la punta delle pustole con la lancetta assorbendo accuratamente la materia che ne esce. Questa pratica che gli antichi Arabi usavano, è stata raccomandata ragionevolmente da Van-Swieten, da Tissot, da Rosen, da Stoll e da' due Frank. Nello stadio della disseccazione, si avrà cura de' malati, perchè non avessero a grattarsi e strapparsi le croste, ciò che irrita e rende sanguinolente le superficie denudate, e spesso è causa di cicatrici sfrangiate che molto trasformano gl'individui. Si avrà cura di calmare il prurito, e si solleciterà la caduta delle croste con le unzioni oleose e le lavande fatte con acqua mucillagginosa e narcotica (decozioni di semi di lino e di teste di papavero). La biancheria dovrà cambiarsi subito che si sarà fatta sporca e puzzolente; ciò si trascura spessissimo. Durante la convalescenza bisogna vigilare al regime de' malati, ed evitare di andar soggetti alle indigestioni, frequentissime a causa della loro voracità.

I medici avendo osservato che il vaiuolo uccideva tutti quelli che assaliva, vedendo in oltre che la gravezza di questa malattia dipendeva spesso dalle circostanze accidentali in mezzo alle quali essa si manifestava, pensarono d'inocularlo; ciò permetterebbe la scelta del tempo, dell'età, la disposizione del corpo la più favorevole per lo sviluppo ed il termine felice della eruzione. Questa pratica usata da molto tempo in Oriente, non fu propagata in Europa se non che verso il 1673: era però ancora sconosciuta in Francia al principiar del secolo XVIII; verso quest'epoca difesa e preconizzata da' filosofi, e specialmente da due più grandi tra essi Voltaire e G. G. Rousseau, avendo pure per difensori Antonio Petit, Bordeu e la Facoltà di medicina, non tardò a spandersi, ed era molto generalmente adottata da' medici quando la vaccina fu scoperta.

*DELLA VACCINA O DELLA PROFILASSI
DEL VAIUOLO*

Si sviluppa *spontaneamente* sulla tetta delle vacche un' eruzione particolare chiamata *cowpox* dalle due parole inglesi *cow* vacca e *pox*, vaiuolo (vaiuolo delle vacche). Le pustole che costituiscono questa eruzione contengono un fluido virulento chiamato *raccino*, il quale inoculato all' uomo determina a suo tempo un' eruzione speciale chiamata *vaccina*, che à la proprietà di preservare l' individuo dal vaiuolo.

Storia. — Benchè la vaccina sia stata conosciuta da' medici indiani e persiani; benchè dopo la metà del secolo ultimo abbiano in molte riprese, tanto in Inghilterra quanto in Francia, annunziato la possibilità d' inoculare il buttero delle vacche all' uomo per preservarlo dal vaiuolo, non si saprebbe però negare ad Eduardo Jenner la gloria d' aver realmente dimostrato la virtù preservatrice della vaccina, e d' aver renduto generale questa mirabile scoperta. Solamente nel 1793, cioè dopo dodici o tredici anni di difficili cure, Jenner pubblicò i suoi primi travagli, i quali immortalarono il suo nome, e gli costituirono un posto eminente tra i grandi benefattori dell' umanità (1).

La vaccina è stata in Francia l' oggetto di alcuni seri travagli. Citeremo in modo speciale quelle del comitato centrale di vaccina e del signor Husson segretario. Questo medico à pubblicato pure, nel *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, un articolo che si leggerà con interesse (articolo *vaccine*). Faremo pure menzione dell' eccellente libro del signor Bousquet: questo medico è oggi in Francia quello il quale con maggior successo si occupa di tutto ciò che è relativo alla storia della vaccina. In fine, ultimamente, il signor dottor Steinbrenner à pubblicato un gran lavoro coronato dall' Accademia delle scienze, nel quale si trovano esposte con lealtà e talento tutte le quistioni relative alla vaccinazione e rivaccinazione.

Precauzioni per la vaccinazione; modo di praticarla. — Si può vaccinare in tutti i tempi ed in tutte l' età. Generalmente si attende che i ragazzi siano di due o tre mesi per inocularli; questa pratica è priva di vantaggio, e questo ritardo fa sì che alcuni ragazzi abbiano sofferto un vaiuolo che poteva evitarsi. Crediamo non doversi trascurare più d' un mese o sei set-

(1) Il dottor Michéa à pubblicato nel numero del 11 settembre 1817 dell' *union médicale*, un articolo il quale dimostra che l' inoculazione, e, cosa più meravigliosa, che la vaccina erano conosciute da' medici indiani. L' estratto eh' ci dà del *Sateya Grantham*, libro sacro attribuito a *Dhannantari*, lo prova chiaramente.

tinuano per vaccinare i ragazzi. So si è in tempi di epidemia, bisogna anche inoculare sin da' primi giorni della nascita. Niuna preparazione è necessaria per coloro che debbono inocularsi.

L'operazione della vaccinazione è semplicissima. Consiste nel prendere prima sulla punta della lancetta una goccia di fluido vaccinico; l'operatore prende allora con la mano sinistra la parte posteriore del braccio dell'individuo, in modo per distendere la pelle, mentre l'altra mano, armata di lancetta, introduce questa orizzontalmente sotto l'epidermide alla larghezza di alcuni millimetri. Si ritira tosto la lancetta in modo che la lama resti asciutta. Se il pus vaccinico fosse solido, non s'inocula se non che dopo averlo sciolto in una piccola quantità di acqua. Convien pure fare due o tre incisioni a ciascun braccio, perchè due o tre pustole preservano meglio e per più lungo tempo di una sola; ciò semora risultare dalle ricerche del signor d'Eichhorn. Quest'autore prescrive di fare sedici o venti puntiture, per eccitare una reazione febbrile ch'egli considera come indispensabile e d'un effetto tanto più certo quanto è più vivo. Quasi nessuno però à adottato in Francia questa pratica, non essendo affatto provato che la virtù preservatrice della vaccina sia tanto più certa in quanto gli effetti locali sono più intensi.

L'assorbimento del pus vaccinico succede con una rapidità straordinaria; in modo che non solo lo scolo del sangue che à luogo dalla incisione non porta seco il virus al di fuori, ma l'ard à cercato in vano di prevenire l'infezione lavando le incisioni appena fatte, ed attivando ben anche lo scolo del sangue coll'applicazione delle ventose.

Effetti della inoculazione vaccinica. — Nel momento della inoculazione, si forma quasi sempre intorno alla incisione un'areola rossa che sparisce dopo alcuni minuti, e che non presagisce, come lo hanno asserito, il successo della vaccinazione. Per i primi tre giorni, la parte vaccinata non presenta alcun cambiamento; ma verso la fine del *terzo o quattro giorno*, si comincia a sentire al livello delle incisioni un punto duro e protuberante, il quale divien grosso il *quinto giorno*, dove si stabilisce un prurito; al *sesto* si dilata, si fa piano, prende la forma ombelicale nel centro, e si tinge d'un bianco turchiniccio. Al *settimo* ed all'*ottavo giorno*, la pustola aumenta; un'areola rossa la circonda; l'infiammazione si estende al tessuto cellulare. Al *nono* ed al *decimo giorno* l'areola si estende; l'ingorgo aumenta; alcune volte vi è poca febbre, agitazione, mal essere, specialmente nell'adulto, di cui i gangli ascellari s'ingorgano ancora più che ne' fanciulli. All'undecimo, la pustola si appassisce; si fa bruna; l'areola si fa pallida e gialla. Dal *do-
dicesimo* al *tredicesimo giorno*, la disseccazione à luogo; la cro-

sta cade dal *ventesimo* al *venticinquesimo* giorno, e lascia allo scoperto una cicatrice della figura del favo e raggia'a.

Anatomicamente studiando la pustola vaccina, si vede aver sede nel corpo mucoso. Costituita prima da un tubercolo, offre poi sotto l'incisione, una immensità di piccole cellule separate, senza che l'una comunichi con l'altra, contenendo un fluido, il vaccino. Questa disposizione esiste specialmente dal sesto al nono giorno. In fine, quando la suppurazione è ben stabilita, tutte le chiusure si rompono, e si osserva solamente una cavità.

La vaccina non offre sempre un corso così regolare come precedentemente; quindi lo stadio d'incubazione può essere o più lungo o più breve; quest'ultimo corso deve sempre far tenere sulla bontà dell'eruzione. Se molte pustole hanno luogo sullo stesso individuo, hanno quasi sempre lo stesso corso e lo stesso sviluppo; non è però raro osservare il contrario, veder, per esempio, pustole al loro termine, mentre altre appena cominciano.

Quasi in tutti i casi, le pustole si sviluppano solamente sopra i punti inoculati; si è veduto però, casi eccezionali, un'eruzione vaccinica più o meno abbondante svilupparsi più o meno lontana dal luogo d'inserzione, senza che questo fatto possa spiegarsi per una inoculazione secondaria. Alcuni hanno considerato queste *pustole* soprannumerarie siccome appartenenti ai vaiuoli benigni modificati dalle vaccinazioni. Ma se questa opinione fosse vera, per alcuni fatti rapportati specialmente dal signor Woodwille, non sarebbe però più giusta per molti altri.

Vaccina spuria. — Indipendentemente dalla eruzione precedentemente descritta, l'inoculazione vaccinica ne può produrre un'altra diversa dalla prima pel corso, la forma e la durata. Si manifesta nel primo o secondo giorno, non offre nè depressione centrale, nè cercine, nè colore argenteo; la pustola è acuminata, e quando si punge lascia scappare un fluido il quale, disseccandosi somiglia alla gomma; il tumore si vuota in una sola volta, perchè, diverso dalla pustola vaccinica, è formato semplicemente da una cavità. In fine questa eruzione descrive tutti i suoi stadi in sei o sette giorni, cioè finisce quando la buona vaccina si trova nel suo acme. L'eruzione di cui è parola si chiama *vaccina spuria*, perchè priva di ogni virtù preservatrice. Le cause ordinarie della vaccina spuria sono l'inoculazione del vaccino vecchio o alterato, o pure l'innesto del virus sopra un individuo che altre volte ha sofferto il vaiuolo o la vaccina regolare.

Gli autori parlano ancora d'una eruzione vaccinica che chiamano vaccinella, la quale sta in rapporto con la vaccina, come il vaioloide con il vaiuolo. In fatti è una vera vaccina, poichè può riprodursi, trasmettersi per inoculazione; ma è meno regolare della vaccina vera. Così le pustole avendo i bordi

piani irregolari, contengono poco liquido, manca l'indurimento; l'infiammazione à un corso rapido, ed al settimo o all'ottavo giorno le croste sono già ben formate.

Quando la vaccina non ha preso o che l'eruzione non à mostrato i caratteri della vaccina regolare, bisogna ripetere l'operazione dopo una o più settimane. Bisogna spesso ripetere molte volte l'inoculazione prima di ottenere un buon risultato. Questa resistenza si osserva specialmente ne' giovani e negli adulti. E cosa molto rara però trovare individui assolutamente refrattari alla inoculazione vaccinica. In casi però di niun successo, convien meglio, come lo fa osservare il signor Ilusson, moltiplicare gli esperimenti, anzichè riposare sopra una falsa certezza.

Cura. — Non vi è niente a cambiare nelle abitudini d'un individuo vaccinato. Se l'infiammazione locale fosse troppo viva, la parte si coprirà con cataplasmi emollienti; se vi fosse alcun poco di febbre, si prescrivono la dieta e l'uso di qualche diluente.

La vaccina non è un' affezione puramente locale. — La virtù preservatrice della vaccina, ed i casi ben dimostrati di pustole sopranumerarie provano abbastanza che il virus assorbito agisce su tutta l'economia.

Alcuni autori entusiasti àn fatto della vaccina una panacea per tutte le malattie dell'infanzia, mentre i suoi oppositori l'anno accusata come capace di produrre la rachitide, le scrofole e l'etieia. L'osservazione à giustificato tutte queste assertive; si può dunque oggi asserire che la vaccina non guarisce alcuna malattia dell'infanzia, e non preserva gl'individui d'alcun'altra affezione meno che dal vaiuolo.

Epoca nella quale la vaccina preserva dal vaiuolo. — Vi è discrepanza sull'epoca in cui la vaccina comincia a divenire preservatrice. Gl'uni dicono che solamente al nono giorno, cioè all'epoca ove si suppone che il virus assorbito agisce su tutta l'economia; altri, tra i quali si novera il signor Bousquet, pretendono che l'infezione si compie durante il periodo della incubazione, e, considerando lo sviluppo delle pustole come conseguenza o la prova di questa infezione, ammettono che la vaccina è preservatrice sin dal terzo giorno o più tardi. Aggiungono che l'eruzione può mancare completamente, e che il mal'essere e la febbre avendo luogo dal terzo all'ottavo giorno possono essere i soli accidenti dell'infezione, e bastano per preservare gl'individui dal vaiuolo nello stesso modo di quelli che ànno sofferto la vaccina regolare. Quest'opinione non mi sembra ancora consolidata da fatti abbastanza numerosi e perfettamente autentici. Dubitiamo pure se la vaccina abbia acquistato tutta intera la sua virtù preservatrice prima del sesto o settimo giorno; ciò sembra esser provato da ciò che molti, segnatamente

Mongenot, Eichhorn, il signor Taupin e lo stesso signor Bousquet, anno vaccinato con successo de' ragazzi col vaccino preso su quest'ultimi, e proveniente da una inoculazione fatta su di essi 5 o 6 giorni prima.

A qual' epoca il vaccino può prendersi dalle pustole? — Il signor Bousquet si è assicurato che un buon vaccino esiste già in una pustola appena nata; essendo però in poca quantità, difficilmente può essere estratto. Convien perciò servirsene dal sesto all'ottavo giorno.

Qualità d'un buon vaccino. — Le qualità d'un buon vaccino sono l'esser liquido, chiaro, limpido, diafano, qualche volta un poco giallastro, leggermente viscoso, da dover uscire lentamente dalla pustola che si punge, e di seccarsi sollecitamente all'aria sotto forma d'uno strato gommoso. Questo fluido non si volatilizza; applicato sull'epidermide, non esercita alcuna azione, e per essere assorbito, bisogna che la pelle sia denudata. In generale, più il vaccino è recente, più è attivo, i suoi effetti sono tanto più sicuri in quanto la pustola ne contiene meno. A cose eguali d'altronde, il vaccino che si prende su i ragazzi produce effetti più certi di quello proveniente da persone adulte. Nel mondo, i parenti si preoccupano molto dell'idea che i loro figliuoli potrebbero essere vaccinati con un cattivo vaccino, cioè proveniente da individui mal sani; il signor Bousquet però à provato non esistere affatto molte qualità di vaccino; e che il virus che si prende da un fanciullo debolissimo, da un individuo sifilitico, scrofoloso ec. possiede la stessa efficacia. Quindi in opposizione di Monteggia ed alcuni altri medici italiani, possiamo dire che il vaccino preso sopra un individuo colpito da sifilide, la pustola non contiene i due virus. Ignoro ancora ciò che si debba pensare dell'opinione del dottor Heine, il quale attribuisce una maggiore efficacia al vaccino raccolto in quelli che anno sofferto il vaiuolo.

Il virus vaccinico dovrà esser rinnovato il più che si potrà; ma siccome il cowpox non è oggi cosa comune, alcuni anno pensato che trasportando il vaccino dall'uomo alla vacca, gli si darebbe una novella energia. Migliaie d'esperienze, fatte per ordine del governo Bavarese in questi quindici anni, confermano questa dottrina; in Francia però à trovato un formidabile avversario in persona del signor Bousquet, il quale, avendo ripetuto gli stessi esperimenti, à visto che la vacca restituisce il vaccino tale quale le veniva dato, cioè nè più nè meno attivo.

Modo di conservare il vaccino. — Il vaccino si conserva tra due lastre di vetro chiuse con cera e circondate di piombo. Questa maniera mi sembra preferibile al tubo, e mi reputo felice quando posso invocare in favore di questa opinione l'au-

torità del signor Bousquet, il quale per tutto ciò che riguarda la vaccina ha una grandissima esperienza.

Il virus vaccinico à forse degenerato dopo Jenner? La cosa sembra incontrastabile. Pochi anni fa, il dottor Perdreau avendo scoperto del cowpox sopra una vacca di Passy, il signor Bousquet lo raccolse, l'inoculò sopra un braccio ed innestò coll'antico vaccino il braccio opposto; il risultato di questo paragone fu che il nuovo virus riusciva nelle circostanze in cui l'altro mancava; il primo dava delle pustole più larghe, più belle, più brillanti, e suscitava un'infiammazione ed una febbre più forti. Simili sperienze fatte in Inghilterra, in Alemagna, in Italia, e ripetute pochi anni fa in Francia da' signori Magendie e Fiard, hanno dato gli stessi risultati. Il vaccino dunque degenera; dal che ne siegue che bisogna, come lo stesso Jenner l'aveva consigliato, ripeterlo il più spesso possibile.

Durata della virtù preservatrice della vaccina. — In questi ultimi tempi, molto si è discusso sulla questione di sapere se la vaccina preservava per sempre dal vaiuolo, o se la sua virtù preservatrice era temporanea. Questa quistione grave d'igiene pubblica non è ancora abbastanza risolta. Intanto da documenti ufficiali numerosissimi raccolti specialmente in Danemark, in Svezia, in Alemagna, in Prussia ed in Inghilterra, documenti in parte analizzati da due medici distinti, i signori Dezeimeris e Hardy, nel tomo secondo del giornale l'*Expérience*, ne risulta che il vaiuolo è frequentissimo in quelli che sono stati vaccinati. Questo fatto non può essere contrastato, d'altronde è da molto tempo conosciuto. Così, in Francia, per esempio, le persone vaccinate sono state comprese, in questi ultimi anni, nella somma totale de' vaiuolosi al di là d'un terzo (Serres), e questa proporzione pure si aumenta di anno in anno. Finalmente il vaiuolo, raro prima del nono anno a contare dal momento della vaccinazione, assale specialmente quelli che sono stati vaccinati ad un'epoca molta lontana, come dieci, quindici o venti anni. Ciò autorizzerebbe a pensare che il virus vaccinico non preserva dal vaiuolo che per un tempo, e quindi conviene ripetere la vaccinazione. A ciò può opporsi un fatto incontrastabile, cioè, che dopo i trentacinque anni la disposizione de' vaccinati a contrarre il vaiuolo si fa debolissima, e quasi negativa; ciò prova, dice il signor Serres nel suo pregiatissimo *Rapport sur le prix de vaccine* pel 1845, che l'indebolimento supposto della virtù preservatrice della vaccina non è l'unica causa perchè i vaccinati siano assaliti dal vaiuolo. In fatti, bisogna su di ciò tener conto della disposizione che divien debole a misura che si avvanza nella vita. In ogni modo si conchiude per la rivaccinazione.

Rivaccinazioni. — La pratica delle rivaccinazioni è generalmente adottata ne' paesi del Nord, ed è sul punto di spandersi nella Francia. Favoriscono questa pratica moltissime epidemie di vaiolo, le quali assalendo individui vaccinati, si arrestarono ad un tratto quando gl'individui esposti al contagio furono sottoposti alla rivaccinazione. La scienza à già acquistato questi fatti; e mediante la rivaccinazione, applicata come metodo generale, àno potuto quasi completamente estinguere il vaiolo nelle armate di Prussia e nel regno di Wurtemberg.

Benchè tutti gli autori i quali si sono occupati della questione di cui si tratta siano d'accordo sulla difficoltà di precisare esattamente l'età in cui le vaccinazioni debbono esser fatte con preferenza, generalmente però è cosa prudente ricorrervi in tempo d'epidemia tra l'ottavo ed il nono anno, e fuor di questo tempo, dal quattordicesimo al trentesimo o trentesimo quinto. Si vaccineranno indistintamente tutti gl'individui, senza aver nessun riguardo alle cicatrici; perchè queste, comunque di bello aspetto, non indicano l'assoluta virtù preservatrice della vaccina. Confessiamo pure che la riuscita delle rivaccinazioni non sempre distrugge in modo certo una disposizione più grande degl'individui a contrarre il vaiuolo, e non è altro che una probabilità, poichè si conosce ora un gran numero di medici di spedale i quali, avendo sofferto il vaiuolo nella loro infanzia, curando giornalmente quelli affetti da vaiuolo, ed essendosi vaccinati in queste condizioni, avevano veduto manifestarsi una vaccina regolare. Sta dunque negl'organismi l'attitudine a sperimentare successivamente gli effetti del vaiuolo e del vaccino, o del vaccino e del vaiuolo; sappiamo pure che in alcuni un primo vaiuolo non preserva dal secondo, e molti altri possono sperimentare più volte gli effetti del cowpox, siccome Jenner il primo l'avea stabilito. Se dunque il vaiuolo non è sempre un preservativo certo, assoluto per se stesso, molto meno dovrà pretendersi dalla vaccina; ma se è vero (e ciò è incontrastabile) che la vaccina non salva necessariamente da un vaiuolo consecutivo, è certo almeno che rende quest'ultimo talmente benigno che la morte n'è raramente la conseguenza. Così, mentre nel 1841 il vaiuolo uccise in Francia più d'un settimo di coloro che ne furono colpiti ed i quali non erano stati vaccinati, la mortalità fu d'un solo su 100 per quelli che contrassero la malattia dopo essere stati vaccinati (Gaultier de Claubry) L'epidemia di Marsiglia del 1828, e quella che Thomson osservò a Edimbourg nel 1818, àno pur provato che il vaiuolo era stato meno funesto in quelli vaccinati che negl'individui i quali anteriormente avevano avuto la varicella. Checchè ne sia, quasi tutti i vaccinati i quali si trovano sotto l'impressione del contagio vaiolico àno sofferto un

vaiuoloide anzichè il vaiuolo; e ne' casi rari di vaiuolo, si osserva che l'eruzione ne' tre quarti de' casi è discretissima. Il vaiuolo può anche essere modificato ne' sintomi e nell'andamento, quando si sviluppa in concorrenza con la vaccina. Questa modifica sarà più manifesta, più sicura, in quanto la vaccina sarà giunta ad un periodo più inoltrato al momento dell'eruzione vaiuolosa. Sembra pure che quando la vaccinazione è stata fatta nello stadio d'incubazione del vaiuolo, questo modifica la vaccina ne' principali fenomeni locali: quindi l'areola infiammatoria è appena marcata; l'ingorgo del tessuto cellulare è poco sensibile o manca pure completamente, e le cicatrici succedendo alla caduta delle croste sono meno profonde. Il signor Clérault, il quale ha studiato questa quistione nella sua Thèse (1845), ha trovato che su 40 casi di vaccina complicata a vaiuolo la prima è presentato 35 volte le modifiche da me descritte.

Che cos'è il virus vaccinico? Da quel che precede si può giudicare dell'analogia e delle differenze che passano tra l'eruzione vaiuolosa e l'eruzione vaccinica. Ma qual rapporto esiste tra i due virus? Si è sostenuto che il virus vaccino non è altro che il virus vaiuoloso, il quale inoculato nella vacca, si era modificato o reso più mite. Un medico inglese ha preteso, in fatti, che avendo inoculato il vaiuolo ad una vacca avvolgendola con i panni d'un vaiuoloso, l'animale aveva contratto il vaiuolo, e questo riportato sull'uomo, si era convertito in vaccino. Se questo fatto è esatto, è unico nella scienza; poichè sin ora tutti i sperimentatori i quali si sono occupati di questa quistione hanno tutti fallito quando hanno voluto trasmettere il vaiuolo dall'uomo alla vacca. Ignoriamo ancora i rapporti che passano tra il virus vaccinico ed il virus vaiuoloso. Vi è identità, o solidarietà, o pure incompatibilità? Questo è ciò che riesce impossibile nello stato attuale della scienza. Il modo dell'azione del vaccino per preservare dal vaiuolo è uno di que' misteri che non ancora abbiamo potuto penetrare.

DEL VAIUOLOIDE.

Sinonimia — Vaiuolo modificato: Varicella pustolosa ombelicata.

La parola vaiuoloide è stata proposta da Thomson per distinguere una eruzione cutanea pustolosa la quale si osserva solamente negl'individui vaccinati o in quelli che già hanno sofferto un primo vaiuolo: non differisce da quest'ultima affezione che per lo corso rapido e per la mancanza della febbre secondaria.

Storia. — Il vaiuoloide non è affatto un' affezione novella, come alcuni l' han pensato. Leggendo in fatti la relazione delle principali epidemie lasciateci dagli antichi, si vede che questi autori hanno spesso osservato che individui i quali avevano sofferto ad un' epoca più o meno lontana il vaiuolo, alcune volte venivano affetti da un' eruzione *vaiuoliforme*, della quale non sempre han saputo definire i caratteri, ed han descritta, o come una varicella o come un vaiuolo ordinario; ma la loro descrizione à più rapporti con quella che daremo del vaiuoloide. Comunque sia, questi vaiuoli consecutivi o modificati hanno in modo speciale fissato l' attenzione de' medici dopo che la vaccina è stata introdotta.

Sintomi e corso. — Il vaiuoloide si manifesta con gli stessi sintomi prodromi del vaiuolo. L' abbiamo osservati così intensi così violenti come ne' vaiuoli confluenti. L' eruzione comincia dal terzo al quarto giorno con macchie rosse, nel centro delle quali vi è un bitorzolo duro e sporgente. L' eruzione si manifesta contemporaneamente su tutto il corpo, altre volte molte eruzioni successive hanno luogo dopo uno o due giorni di distanza. Il numero delle pustole varia; in alcuni casi se ne osservano solamente dieci o dodici sparpagliate sulla faccia, sul tronco e sulle membra; più spesso il loro numero è al di là di cento; finalmente, non è raro vedere un' eruzione confluyente coprire quasi l' intiero corpo. L' indomani della loro comparsa i bitorzoli contengono un liquido sieroso; verso il terzo o quarto giorno, sono piani, e quasi tutti ombelicati. Sono duri al tatto, circondati da un' areola rossa. Al sesto o settimo giorno il liquido che contengono è opaco; si condensa dal settimo all' ottavo giorno; la disseccazione è completa verso il nono o decimo. I malati non esalano l' odor fetido che si osserva nei vaiuolosi; in fine, alla caduta delle croste, raramente si osservano piccole cicatrici circolari, ma piuttosto punti duri, tubercoli che si risolvono lentamente, o pure semplici macchie violacee che possono rimanere per molti mesi. Il vaiuoloide è accompagnato da febbre, da inappetenza da mal' essere; siccome nel vaiuolo si osserva il gonfiamento della faccia, ed una eruzione analoga a quella che à luogo nella bocca e nel faringe; raramente però à luogo il ptialismo, e l' epoca della suppurazione non è mai marcata da un raddoppiamento della febbre. Questa diminuisce e termina verso l' ottavo o nono giorno.

Il vaiuoloide non è sempre così regolare; il suo corso può anche essere differente per le pustole che si sono manifestate lo stesso giorno. In fatti, se la maggior parte non contengono il pus se non dopo sei o sette giorni, non è raro vedere pustole formarsi in ventiquattr' ore, e presentare un principio di dissec-

camento sin dal secondo al terzo giorno. Altri bitorzoli rimangono stazionari, e finiscono senza trasformarsi in pustole. Da questo corso irregolare dell'eruzione ne risulta che possonsi trovare nello stesso individuo delle vescichette, delle pustole e delle croste.

Durata, termine. — Il vaiuoloide dura da dieci a quattordici giorni, e termina quasi sempre felicemente.

Diagnosi. — In riassunto, i vaiuoloidi il cui corso è regolare non differiscono affatto da vaiuoli discreti durante il primo settenario. In fatti, i prodromi ed i caratteri primitivi dell'eruzione sono gli stessi ne' due casi; ma poi, troviamo una differenza importante, poichè la febbre secondaria o di suppurazione che esiste costantemente dal settimo al nono giorno nel vaiuolo, manca al contrario sempre quando si tratta di vaiuoloide. Quest'ultimo presenta ancora, nella maggior parte de' casi, una grande irregolarità nel modo in cui l'eruzione si fa nel corso che siegue. Finalmente, quasi mai lascia per conseguenza le cicatrici, sì comuni nel vaiuolo. Questo ed il vaiuoloide formano due varietà solamente d'una malattia unica. Si è preteso trovare delle differenze anatomiche tra le pustole del primo e quelle del secondo; ma nulla di fondato esiste a questo proposito, poichè le disseccazioni hanno dimostrato che le pustole avevano la stessa struttura ne' due casi, che tutte contenevano un disco pseudo-membranoso, il quale è solamente un poco meno sviluppato nelle pustole del vaiuoloide. Tutti questi fatti sembrano dunque dimostrare, che il vaiuolo ed il vaiuoloide costituiscono solamente due varietà d'una stessa malattia. D'altronde altre considerazioni provano ancora l'identità delle due malattie. Così il vaiuolo ed il vaiuoloide esistono simultaneamente nella stessa epidemia; anzi spesso si è veduto che l'uno à dato origine all'altro, e viceversa. In fine alcuni medici avendo avuto le temerità d'inoculare il pus del vaiuoloide, hanno spesso prodotto delle varicelle che non differivano in nulla da' vaiuoli spontanei; altre volte l'eruzione seguiva il corso che si osservava nel vaiuolo inoculato, cioè che le pustole si sviluppano al livello delle incisioni; poi al settimo giorno, la febbre, la lombaggine, le nausee sopravvenivano, ed un'eruzione consecutiva si manifestava sul resto del corpo. Così il vaiuolo ed il vaiuoloide sono prodotti dallo stesso virus; queste due malattie sono identiche; il vaiuoloide dunque, non è, come lo han detto, se non che un vaiuolo *modificato*, il quale si osserva solo in quelli, i quali hanno prima sofferto la varicella, e soprattutto in quelli che sono stati vaccinati. Il vaiuoloide può affettare più volte lo stesso individuo; d'altronde à la stessa virtù preservatrice contro il vaiuolo come il vaiuolo stesso.

Prognostico. — Il vaiuoloide raramente uccide quelli che ne sono affetti; però può avere un termine funesto quando si complica ad accidenti nervosi, alle emorragie ed alla laringo-tracheite; fu ciò osservato molte volte nell'epidemia di Marsiglia del 1828.

Cura. — Il metodo di cura è quello stesso del vaiuolo discreto.

DELLA VARICELLA O PETITE VEROLE VOLANTE O VEROLETTE.

Mi servo della parola *varicella* per indicare una malattia febbrile, caratterizzata da un'eruzione più o meno considerabile di vescichette, il di cui disseccamento à luogo dal quinto all'ottavo giorno senza presentare alcuna febbre secondaria. Alcuni autori però, ed il signor Rayer particolarmente, hanno compreso sotto il nome di varicella non solamente l'eruzione di cui si parla, ma ancora tutte le affezioni vaiuoliformi che si osservano negl'individui vaccinati, e de' quali si è parlato nell'articolo precedente. Si è preteso, in fatti, che, comunque differenti fossero state sotto l'aspetto de' loro caratteri esterni, queste diverse eruzioni erano però identiche, della stessa origine, in somma prodotte dallo stesso contagio. Il professor Thomson d'Edimbourg, il quale uno de' primi à sostenuto questa dottrina, à fondato la sua opinione, 1.º sull'esistenza simultanea del vaiuolo e della varicella nel corso d'un'epidemia di vaiuolo; 2.º su ciò che la varicella non si osserva che in quelli i quali hanno sofferto, ad un'epoca più o meno lontana, il vaiuolo o la vaccina; 3.º finalmente sulla probabilità di produrre un vaiuolo con la varicella, e viceversa.

Tutti questi fatti però sono stati contrastati al signor Thomson. Così si è veduto regnare la varicella anche epidemicamente senza esser accompagnata dal vaiuolo; questa assale in oltre spesso volte coloro che non sono stati affetti nè dal vaiuolo nè dalla vaccina, ed in questi, l'eruzione è identica a quella che si osserva in coloro, i quali l'hanno subito dopo il vaiuolo e la vaccina. Si è pur negato che la varicella possa produrre il vaiuolo, e reciprocamente. Finalmente si è negato alla varicella vescicolare qualunque carattere contagioso. Chiaro dunque apparisce esservi a questo riguardo molta incertezza, ed è impossibile, nello stato attuale della scienza, poter pronunziarsi su questo soggetto con conoscenza di causa. Avendo però riguardo solamente ai caratteri della stessa eruzione, crediamo che la varicella costituisce un'affezione distinta dal vaiuolo e dal vaiuoloide.

Sintomi, Corso. — L'eruzione caratteristica della varicella è preceduta per ventiquattro, trentasei o quarantott'ore, da un mal'essere, da cefalalgia e da febbre; spesso esistono vomiti e dolori epigastrici. Questi sintomi variano molto d'intensione, alcune volte diminuiscono ed anche cessano al momento dell'eruzione.

Questa è caratterizzata da vescichette che esistono in numero più o meno considerabile, e la cui disposizione variabile à fatto ammettere due forme o varietà della varicella. Nella prima forma, alla quale gli autori inglesi hanno dato il nome di *Chicken-pox*, si osservano dapprima delle piccole macchie rosse simili alle morsicature di pulci, le quali si trasformano l'indomani della loro comparsa, in vescichette, le une puntate, le altre piane, sono piene d'un liquido che rimane rossastro per uno o due giorni. Alla fine di questo tempo, il siero si fa opaco, lattiginoso; nello stesso tempo le vescichette si appassiscono. Al quinto giorno, cominciano a disseccarsi, e ventiquattr'ore dopo sono sostituite da piccole croste sottili e brunastre, che cadono al nono o decimo giorno.

Nella seconda forma della varicella, chiamata *swine-pox* da' medici inglesi, o varicella *conoide* da Willan, si osservano, come nella precedente, delle macchie lenticolari rosse, nel centro delle quali si manifesta tosto una vescichetta *conoide* più voluminosa di quelle del *chicken-pox*, il di cui liquido si turba sin dal secondo giorno; esse sono circondate da un'areola infiammatoria. Rimaste stazionarie nel primo, quinto e sesto giorno, cominciano a disseccarsi al settimo, e quando le croste giallastre che succedono si distaccano, facilmente si osservano delle cicatrici.

A quest'ultima forma bisogna riportare la varietà descritta sotto il nome di *varicella globosa*, per lo aspetto rotondo e globoso della eruzione. Però a torto le si diede il nome di pustolosa, poichè, come osserva Willan, lo stato pustoloso è consecutivo; non è manifesto in fatti che al secondo giorno dell'eruzione, essendo questa unicamente costituita dalle pustole. Non dirò nulla della varicella *papulosa*; quest'ultima esiste contemporaneamente con le altre varicelle, essa è costituita da papole le quali abortiscono o si risolvono dopo alcuni giorni di durata.

Le vescichette della varicella danno un prurito più o meno vivo, da indurre i malati a lacerarle. Sono più o meno numerose. Quasi sempre discrete, si sono però osservate confluenti. Nella maggior parte de' casi, occupano prima il tronco poi la faccia. In generale, si osservano per alcuni giorni delle eruzioni successive, in modo che si può osservare sullo stesso individuo la malattia giunta a diversi gradi.

Diagnosi. — La varicella può confondersi con la forma benigna del vaiuoloide, solo quando le vescichette son giunte al-

lo stato pustoloso; la prima però differisce dal vaiuolo per la mancanza della depressione ombelicata e del disco pseudo-membranoso, come anche per la rapidità colla quale il disseccamento à luogo.

Pronostico.— Il pronostico non offre alcuna gravezza.

Etiologia.— La varicella è più frequente nell'infanzia; ma non è però esclusiva di quest'età, come a torto l'han preteso. Le cause sono affatto sconosciute. Abbiamo già detto quanto fosse dubbio il contagio vaiuoloso per la produzione della varicella. Quest'affezione sembra essere contagiosa; in fatti, esistono nella scienza numerosi fatti osservati da Willan, Fontaneille ed Eichhorn, i quali provano che le diverse varietà di varicelle che abbiamo conosciute, possono trasmettersi per inoculazione.

Cura.— La cura della varicella consiste nell'uso delle bevande dolci prese tiepide, la custodia in letto o pure nella camera in mezzo ad una convenevole temperatura, e nella privazione degli alimenti solidi.

DEL MORBILLLO.

Sinonimia.— *Morbilli, rubecula, febbre morbillosa.*

Il morbillo è un esantema contagioso, preceduto da febbre, da coriza, da tosse, e si manifesta all'esterno con piccole macchie rosse, irregolari, alcune delle quali sono protuberanti, e spariscono verso il settimo od ottavo giorno della malattia, mediante una squamazione forforacea.

Storia.— Willan, all'esempio di Fernel, di Sennert, di Triller e di molti altri, non à potuto provare che il morbillo fosse stato conosciuto da' Greci e da' Romani. Le dotte ricerche di Gruner dimostrano che originario dell'Asia, comparve in Europa contemporaneamente al vaiuolo. Rhazès, il quale ne dà la prima esatta descrizione, non dice che il morbillo fosse un'affezione novella nell'epoca in cui viveva. La parola *morbilli*, per la quale il morbillo è spesso indicato negli autori antichi, fu proposto nel XI° secolo da Costantino chiamato l'Africano, e significa *piccola peste*, perchè forse allora ebbe una gravezza rara a' giorni nostri. Il morbillo è stato l'oggetto di moltissimi travagli. Il più antico è quello di Rhazès, nel quale il morbillo è mal definito e mal distinto dal vaiuolo. Questa confusione esiste d'altronde nella maggior parte degli antichi Trattati, ne quali le due malattie sono considerate come presso a poco identiche e solo differenti per la intensione. F. Hoffmann uno de' primi (1), Dehaën (2),

(1) *Opera*, t. II. p. 62.

(2) *Ratio med.* t. IV. p. 87.

Rosen (1), Sydenham (2), e Borsieri soprattutto (3), sono gli autori i quali stabilirono il morbilli più esattamente come specie distinta, e ne diedero una buona descrizione. I medici contemporanei non hanno aggiunto alle antiche conoscenze meno che delle indicazioni più precise sulle complicate della malattia. Si studino specialmente l'opera di Rayer *Sur les maladies cutanées*, ed il *Traité des maladies des Enfants*, de' dottori Rilliet e Barthez.

Descrizione della malattia. — Il morbilli semplice (*rub. vulgaris*) presenta quattro stadi, cioè: l'incubazione, l'invasione, l'eruzione, e la squamazione.

Primo stadio. — Nulla dirò del periodo d'incubazione, durante il quale non si osserva alcun disturbo palpabile nello stato di salute. Esso dura sei o sette giorni.

Secondo stadio, o invasione. — Lo sviluppo del morbilli è caratterizzato da freddi irregolari, da stanchezze, da un mal'essere generale, da inappetenza, da cefalalgia, da febbre. A questi sintomi di variabile intensità, si uniscono nel secondo giorno, de' segni infiammatori di molte membrane mucose. Quindi le congiuntive sono iniettate, rosse, vi è lacrimazione; le fosse nasali tramandano un fluido sieroso; esse sono la sede d'un prurito incomodo che eccita lo starnuto. Alcuni malati accusano un leggiero incomodo di gola; quasi tutti si lagnano di oppressione e dolore allo sterno; sono rauchi, tossono senza alcuna espellorazione, e l'ascoltazione del petto fa spesso riconoscere quà e là un rantolo sibilante e sonoro. Questi sintomi si esasperano il giorno seguente; alcune volte, specialmente ne' ragazzi, si aggiunge alcun poco di assopimento, delirio, ed anche qualche movimento convulsivo. In altri, vi sono vomiti, diarrea. In generale la pelle non presenta alcuna sensazione speciale; la sua temperatura è più elevata, ma in generale ad un grado minore delle altre febbri eruttive. De' sudori più o meno abbondanti si manifestano comunemente quando l'eruzione è luogo.

Terzo stadio o eruzione. — L'eruzione cutanea a luogo comunemente dal terzo al quarto giorno dell'invasione, alcune volte più presto, raramente più tardi. I caratteri che la distinguono sono delle piccole macchie rosse irregolari, per lo più però della forma e della dimensione delle morsicature della pulce; molte leggermente protuberanti; esse spariscono momentaneamente sotto la pressione, e sono la sede d'un leggiero prurito. Queste macchie, prima visibili alla faccia, si spandono suc-

(1) *Malad. des enfans*, chap. XIV.

(2) *Méd. pratique*, t. I, p. 226 e 270, édit. de Baumes.

(3) *Institut, méd. pract.*; t. III. p. 104.

cessivamente sul tronco e sulle membra. Spesse volte l'eruzione è completa dopo alcune ore, ma nella maggior parte de' casi, si rende generale solamente dopo dodici o ventiquattr' ore. A quest' epoca la faccia è spesso molto tumefatta, e le palpebre bastantemente gonfiate da impedire la vista. Le macchie offrono molte irregolarità e dissimiglianza tra esse. Sono alcune volte perfettamente distinte, altre volte riunite in maggiore o minor numero, e formano delle larghe piastre rosse, alla superficie delle quali il dito prova delle leggiere ineguaglianze. Si è detto che le macchie del morbillo, la cui sede sta nel corpo reticolare della pelle, avessero sempre la forma d' una mezza luna o dell' arco d' un cerchio; ma esaminandole attentamente, non si durerà fatica a convincersi che esse hanno tutte le forme immaginabili, e presentano nella loro configurazione, e nella loro disposizione la maggiore irregolarità. Il colorito non è lo stesso da per tutto; il rossore in fatti è di diversi colori, secondo i diversi punti; in nessun caso somiglia a quello della scarlattina. In mezzo dell'eruzione morbillosa, si distinguono alcune volte piccole protuberanze pustolose, e ciò imprime un aspetto particolare; il morbillo allora si chiama *pustoloso*.

In generale, quando l'eruzione è completa, il mal' essere e la febbre diminuiscono, ma i sintomi, già notati, che hanno luogo nelle membrane mucose persistono; qualche volta ancora la raucedine, la tosse e l'oppressione aumentano. Nel caso in cui il dolore e la secchezza alla gola esistono, l'osservazione di questa parte fa spesso vedere, come pure su tutta la membrana mucosa del palato, una eruzione affatto simile a quella de' tegumenti. Verso il quarto giorno dell'eruzione, le macchie si fanno pallide; esse acquistano una tinta giallo-pallida o un poco azzurrognola; allora o non scompaiono affatto o pure incompletamente, quando si comprimono col dito. Contemporaneamente la febbre finisce, ed i sintomi catarrali diminuiscono o cessano in gran parte.

Quarto stadio, o desquamazione. — La desquamazione non si osserva nel maggior numero de' malati. Il più delle volte però si osserva, dal nono al quattordicesimo giorno della malattia, l'epidermide separarsi in molti punti sotto forma di squame forforacee; allora si manifesta un leggiero prurito. A quest' epoca tutte le funzioni riprendono il loro stato normale. Non è però raro di vedere i sintomi della bronchite durare ancora per qualche tempo nel corso della convalescenza; la voce rimane rauca, la tosse sonora, conserva un suono particolare (*tosse ferina*). In questo periodo, ed alla fine del precedente, i malati espettorano de' sputi opachi, fioccosi, frastagliati, che nuotano in un liquido torbido; altri sono affatto omogenei, purulenti, o striati di linee opache, siccome si osservano nel secondo e terzo periodo della elicia polmonare (Chomel).

Varietà. — Tali sono i sintomi ed il corso più ordinario del morbillo. Questa malattia non si manifesta però con gli stessi caratteri; quindi in alcuni morbilli l'affezione catarrale delle membrane mucose è affatto inosservata, cioè l'oftalmite, la coriza, l'angina, e specialmente la bronchite (*morbillo senza catarro*). Qualche volta manca pure la febbre, ed allora tutta la malattia è costituita dalla sola eruzione. Altre volte poi, si osserverebbero, dicesi, la febbre ed i sintomi ordinari del catarro, mentre l'eruzione mancherebbe completamente (*morbillo senza eruzione*); questo fatto però merita di essere novellamente osservato. Comunque sia, quando queste anomalie anno luogo, gl'individui non sono meno preservati dal morbillo, come se la malattia nulla avesse presentato d'insolito nel suo corso. Negl'individui deboli, l'eruzione qualche volta si fa livida; prende un colorito giallastro; l'ecchimosi e le petecchie sono quà e là disseminate; ma queste differiscono dalla porpora in quanto che anno la forma e la figura delle macchie morbillose; è questo il *morbillo nero* di Willan. Finalmente esistono i morbilli *anomali*: in questi l'eruzione può manifestarsi più presto o più tardi del solito; può aver origine dalle membra, esistere solo parzialmente; altre volte sparisce subito dopo la manifestazione. Questa retropulsione dell'esantema spesso à luogo per l'impressione del freddo, per l'uso intempestivo d'un purgante, o pure sta legata a qualche flemmasia viscerale.

Complicanze. — Diverse complicanze possono attraversare il corso del morbillo; la più frequente, ed in tutte l'età della vita, è la polmonia, che ne' ragazzi, affetta quasi sempre la forma lobulare. Ne' giovani è frequente l'enterocolite, la cangrena delle labbra e de' polmoni, e l'infiammazione delle meningi; o pure i malati cadono rapidamente nel delirio, nel coma e nelle convulsioni, quantunque questi accidenti raramente si leghino a qualche lesione materiale, palpabile, de' centri nervosi. La tosse canina ed il crup sono più rari delle complicanze precedenti. In fine gli autori, come Diemerbroeck, Dehaën e molti altri, citano casi curiosi relativi alle complicanze del vaiuolo e del morbillo. La maggior parte di questi fatti sono rapportati nella tese del signor Willemin (1847, n.º 102). Da queste osservazioni ne risulta che se il vaiuolo si manifesta il primo, questa eruzione sospende momentaneamente il suo corso, mentre il morbillo siegue il suo andamento ordinario. Se questo si manifesta il primo, il signor Willemin stabilisce, contro l'opinione di Hahnemann, che le due eruzioni sieguono il loro corso, senza modificarsi. Finalmente, il vaiuolo ed il morbillo si manifestano contemporaneamente; sembra che le due eruzioni si sviluppino simultaneamente ed in modo regolare.

Malattie consecutive. — Diverse affezioni possono aver luogo durante la convalescenza del morbilli. Le più frequenti sono l'infiammazione del bordo libero delle palpebre con ulcerazione e la caduta delle ciglia, gl'ingorghi ganglionari, la bronchite e la diarrea croniche, malattie più ribelli in queste condizioni che quando si manifestano spontaneamente. Il morbilli favorisce lo sviluppo de' tubercoli. I signori Rilliet e Barthez hanno osservato che, in undici morbilli primitivi ne' ragazzi, ve ne era uno in seguito del quale si sviluppavano i tubercoli. La stessa cosa esiste pel morbilli degli adulti, siccome si può esser convinti con la lettura d'un lavoro inserito nel 1847 dal signor Michele Lévy nella *Gazette médicale*; è inoltre dimostrato che il morbilli il quale assale gl'etici sollecita il corso dell'affezione del petto. In fine, l'impressione del freddo durante la convalescenza dà luogo all'anassarca. Quest'accidente essendo più comune dopo la scarlattina, ne parlerò quando di questa discorreremo.

Al contrario, alcune volte il morbilli è modificato o anche felicemente guarito alcune malattie preesistenti: quindi Rayer cita un eczema cronico della faccia, ed Alibert un altro impetiginoso del cuoio capelluto, rapidamente guarire dopo il morbilli.

Recidive. — Il morbilli non affetta quasi mai più d'una volta lo stesso individuo. Rosen non ha mai osservato un caso di recidiva per lo spazio di quarantanove anni di pratica. Baglivi però Dehaën, Meza, i signori Rayer, Guersant, Blache ec. citano fatti i quali dimostrano che la stessa persona può soffrire molte volte il morbilli.

Sezione cadaverica. — In quelli che muoiono, non si trovano lesioni speciali al morbilli. Quelle che si osservano sono l'effetto delle complicate. (Per lo stato del sangue, vedi appresso, *Natura delle febbri eruttive*).

Diagnosi. — Lo sviluppo della febbre ed i sintomi del catarro esistendo simultaneamente nelle mucose degli occhi, del naso e de' bronchi, debbono far sospettare il prossimo sviluppo d'una eruzione morbillosa. La diagnosi si rende più probabile in quanto che l'individuo è più giovane, e non ha sofferto anteriormente il morbilli, e la malattia regna epidemica. Non si può però concepire su di ciò che semplice presunzione, poichè tutti questi sintomi appartengono tanto alla febbre catarrale, quanto al morbilli. Ma tutta questa incertezza svanisce verso il terzo o il quarto giorno, epoca alla quale l'eruzione più ordinariamente comincia. Il morbilli non potrà confondersi col vaiuolo incipiente, quando si porrà mente che in questo le macchie rosse presentano nel loro centro una *protuberanza dura e puntata*; mentre le macchie del morbilli non presentano alcuna durezza, e tutto al più passando il dito leggermente si scorgono

alcune piccole ineguaglianze. Nella forma pustolosa, però esistono delle protuberanze rosse, un poco dure, le quali potrebbero far credere l'esistenza d'un vaiuolo; è questa una specie d'eritema papoloso; ma allora le pustole sono poco numerose; d'altronde l'esistenza delle semplici macchie sulla maggior parte del corpo farà sempre riconoscere il vero carattere della malattia. Vedremo poi in che differisce il morbillo dalla scarlattina, dalla rosolia, dalla risipola e dalla miliare rossa.

Pronostico.—Nel nostro clima, il morbillo è generalmente malattia benigna; non è però così nelle stagioni e ne' paesi a temperatura estrema, o quando regna epidemicamente. Oggi però queste epidemie micidiali d'altra volta, si osservano raramente, se micidiali come nel 1672 regolarmente uccideva trecento persone in ogni settimana (Morton). Il travaglio della dentizione ne' ragazzi, nelle donne la gravidanza e lo stato puerperale, sono circostanze che aggravano il pronostico. Le convulsioni, le petecchie, il delirio, lo sviluppo d'una pneumonia, sono gravi accidenti, e debbono far temere un esito funesto. Lo stesso si dirà quando l'esantema scomparirà bruscamente coincidendo con qualche complicanza grave; poichè la delitescenza sola sembra essere meno pericolosa di quello si crede comunemente; ciò risulta pure dal lavoro del signor Michele Lévy, già da noi citato.

Etiologia.—Pochi individui vanno esenti dal morbillo; in fatti, può stabilirsi essere meno gl'individui che non soffrono il morbillo, di quello accade in coloro non vaccinati per rapporto al vaiuolo. Il morbillo è stato osservato in tutte l'età della vita, e come il vaiuolo, a qualche volta colpito i fanciulli ancora rinchiusi nell'utero materno. Questa malattia però è più comune nel ragazzo e nel giovane. Regna in tutti i paesi del globo ed in tutte le stagioni; pure sembra avere il suo maximum di frequenza verso l'equinozio di primavera, mentre diminuisce verso il mese di luglio. Il morbillo ammette una causa specifica sconosciuta affatto nella sua natura. È essenzialmente contagioso. Il contagio sembra possibile quando l'eruzione è luogo sino dopo la desquamazione, e forse sino al ventesimo giorno.

Alcune esperienze, fatte dapprima dal signor F. Home nel 1758, ripetute da Speranza nell'epidemia di Milano del 1822, tenderebbero a provare che il principio contagioso della malattia risiede nel sangue. Questi medici, in fatti, avendo praticato una leggiera incisione sulle piastre rubecolose, ed avendo inoculato il sangue che ne usciva, si sviluppava un morbillo regolare dopo sei giorni d'incubazione. Ales. Monro e Looke dicono pure d'aver potuto inoculare la malattia con l'umore lagrimale e con la saliva; le loro osservazioni sono però meno concludenti di quelle de' precedenti sperimentatori, Medici di Fi-

ladelfia, avendole ripetute, non hanno ottenuto alcun risultato. Ma i fatti più concludenti, se fossero sufficientemente autentici, sarebbero quelli di Katona, medico Ungherese, il quale in una epidemia di morbillo, avrebbe potuto inoculare la malattia a mille cento ventidue persone, ed avrebbe mancato solo sette volte su cento; in tutti gl'altri, il morbillo che è sopravvenuto sarebbe stato benignissimo, i di cui prodromi cominciavano al settimo giorno dell'inoculazione; l'eruzione si manifestava, dicono, il nono o il decimo, la desquamazione il quattordicesimo e la guarigione era completa al diciassettesimo. Katona praticava le inoculazioni indifferentemente con le lagrime de' malati, o con una goccia di sangue tirato dalle piastre (*Gazzette medicale* 1843).

Cura. — Quando il morbillo è benigno, nessun trattamento attivo deve praticarsi. Il malato guarderà il letto, senza essere esposto ad una luce troppo viva, la copertura del letto dev'essere moderata, la temperatura della stanza mite ed uniforme; farà uso di bevande dolcificate e pettorali. In nessun caso conviene il metodo di alcuni medici inglesi, i quali usano delle lavande fredde su tutta la superficie del corpo, per diminuire il calore febbrile, perchè così si potrebbe sopprimere l'eruzione, e provocare lo sviluppo d'una flemmasia polmonare, molto frequente nel corso di questa malattia. Quando la febbre è violenta, la respirazione difficile, o se qualche complicanza infiammatoria si manifesta, il salasso è indicato. Se qualche circostanza particolare indica la preferenza dell'applicazione delle sanguisughe, si prenderanno tutte le precauzioni per evitare il raffreddamento del corpo. I salassi potranno essere ripetuti; però bisogna usare di questo mezzo con la maggior prudenza, senza imitare la pratica di Mead, il quale salassava ordinariamente ne' due primi periodi. La scomparsa istantanea della eruzione esige una cura differente, secondo la causa produttrice. Nel caso in cui dipendesse da una infiammazione viscerale, contro questa bisogna dirigere la terapeutica, mentre si cercherà di richiamae l'eruzione mediante i rivulsivi attivissimi applicati momentaneamente su diversi punti della pelle. Quando l'eruzione è stata soppressa per effetto del raffreddamento, si amministerà il bagno caldetto o a vapore; si faranno delle frezioni secche o aromatiche; si useranno i sinapismi volanti; si applicheranno i vescicanti; si amministeranno le bevande diaforetiche; e se esiste prostrazione delle forze, si rianimeranno mediante i tonici ed alcuni eccitanti diffusivi, come il caffè, il thè, l'ammoniaca, lo spirito di Minderero, ec. La diarrea è un accidente frequente del morbillo, e bisogna prontamente frenarla; in questo scopo si danno i mucilagginosi e gli oppiati. Alcune volte le mucosità segregate abbondantemente ne' bronchi, si accumulano

nell' albero della respirazione, e producono, specialmente nei ragazzi, molta ansietà ed oppressione; questi accidenti si calmeranno col vomitivo, ed in preferenza coll' ipecacuana. La bronchite intensa facendosi spesso capillare, richiederà le bevande pettorali, il chermes ed i vescicanti applicati sul petto. Contro le pneumonie le quali spesso sopravvengono, difficilmente si può insistere sulle emissioni sanguigne; il tartaro stibato a dose generosa è molto più vantaggioso. In questi casi, gl' autori alemanni raccomandano a cielo le foglie di digitale (40 o 80 centigramme in 120 gramme d' acqua), ma l' efficacia di questo mezzo non è ancora provato; lo stesso si dica della pratica del dottor Chiarra, di Napoli, che in tutto il corso della malattia, dà 2 o 3 centigramme d' aconito nella tisana, ed attribuisce a questo rimedio il potere di calmare gl' accidenti toracici. I sintomi cerebrali cedono spesso coll' applicazione di alcune sanguisughe applicate a' processi mastoidei, e mediante i rivulsivi applicati sulle estremità. Bisogna però esser molto oculati sull' uso del primo mezzo.

Profilassi. — Quando un morbillo maligno sviluppa in una famiglia o in un pensionato, ec., bisogna sollecitamente allontanare i malati. Se l' epidemia è benigna è forse convenevol cosa permettere che i ragazzi trattino tra loro, per preservarli così per l' avvenire da un contagio più grave. Con questo scopo alcuni autori hanno consigliato, in alcuni casi favorevoli, l' inoculazione della malattia. Anche noi lo desideriamo; così vorremmo che i medici i quali sono alla direzione degli stabilimenti ove molti ragazzi si trovano riuniti, si dedicassero ad alcune sperienze per questo scopo, le quali mai potrebbero essere nocive; ed ecco perchè non esitiamo di consigliarle. In quanto a' mezzi profilattici tanto vantati in quest' ultimi tempi in Alemagna, come i fiori di zolfo (Tourtual), la miscela in parti eguali del vino antimoniale di Huxham e dell' ossimele scillitico (Wildberg), i fomenti di cloruri (Berndl), la belladonna (Mandt) non ne diremo nulla, poichè non meritano alcuna fiducia.

DELLA SCARLATTINA.

Sinonomia. — *Morbilli confluentes; ignis sacer; morbilli ignei; febris scarlatina; febbre rossa, febbre porpora.*

La scarlattina è un esantema contagioso e febbrile, caratterizzato da piccoli punti rossi dentellati e regolari, o da larghe piastre d' un rosso framboasso che occupa quasi tutta la superficie del corpo, e si accompagna ad un colorito analogo nella bocca, con angina più o meno violenta, e che termina per desquamazione alla fine del primo settenario.

Storia. — È cosa dubbia se la scarlattina sia stata conosciuta da' Greci, da' Romani, ed anche dagl' Arabi; solamente verso il secolo XVI fu descritta da Ingrassias, a Napoli, dove regnava d'altronde anche prima del 1500; fu anche descritta da Coyttar, medico a Poitiers, il quale la chiamava *febbre purpurea epidemica o contagiosa*; e finalmente da Baillou. Fu molto tempo confusa col morbillo e con la squinanzia, poichè con ragione, dice Giu. Frank, si considerano siccome essere appartenute ad una scarlattina sconosciuta, quelle epidemie le quali sotto il nome d' angina cangrenosa e di garrottillo, distrussero, al principiar del secolo XVII, la Spagna, l'Italia e la Sicilia. La scarlattina, della quale Sennert avea già dati i principali caratteri, fu meglio descritta da F. Hoffmann, da Sydenham specialmente, e da Rosen. È stato oggetto d'immensi travagli durante quasi tutto il secolo XVIII, in cui si vide questa malattia incrudelire in tutte le regioni d'Europa. I lavori datici per lo spazio di quarant'anni sulla Scarlattina tendevano tutti allo stesso scopo cioè di far conoscere certe complicitanze stabilite specialmente sull'anatomia patologica e sulla terapeutica della malattia; noi le citeremo più tardi.

Anatomia Patologica. — La scarlattina non determina molte lesioni. Un color violaceo della pelle, della mucosa del faringe e de' bronchi; alcune ecchimosi nel tubo digestivo; una congestione sanguigna, raramente una infiammazione de' bronchi e de' polmoni con iniettamento a piccoli punti de' centri nervosi, sono le sole alterazioni che si osservano ne' solidi. Dopo alcuni anni si è detto aver veduto i follicoli intestinali, e specialmente le glandole di Peyer rossi, voluminosi, induriti, enfiati. Ciò non mi è stato mai dato di osservare in nessuna delle autopsie da me praticate. In ogni modo, quando i follicoli sono alterati, non somigliano mai alle piastre della figura del favo della febbre tifoidea, mai si osserva la materia gialla; non si ulcerano mai, ed i gangli mesenterici rimangono sani. Le ricerche di F. Ficher, quelle più recenti di Hamilton, di Snow e Rayer, han dimostrato, che in quelli morti per effetto della scarlattina, ne' reni si osserva iperemia, e possono anche presentare l'alterazione che caratterizza il primo grado della malattia di Bright. Nelle scarlattine epidemiche accompagnate da disturbo profondo della innervazione, il sangue si trova quasi sempre sciolto.

Divisione. — Il corso della scarlattina si divide in tre periodi cioè; l'invasione, l'eruzione e la desquamazione. Si potrebbe anche ammettere uno stadio d'incubazione più breve di quello del vaiuolo e del morbillo, poichè non oltrepassa mai il terzo giorno (Heberden e Giu. Frank).

Primo stadio. — L'invasione della scarlattina è indicata da brividi, da febbre, da forte mal'essere, da cefalalgia; a que-

sti sintomi si uniscono spesso l'epistassi, le nausee, i vomiti, poca alterazione alla gola, e qualche volta degl' accidenti nervosi, come il delirio, il coma, o le convulsioni, specialmente ne' giovanetti. Questi sintomi si aggravano sino all'ultimo giorno, e poca in cui si manifesta l'eruzione.

Secondo stadio o eruzione. — La faccia si gonfia leggermente, delle piccole macchie d'un rosso vivo vi si osservano senza protuberanza alcuna, e spariscono momentaneamente sotto la pressione. Simili macchie compariscono tosto sul collo, sul petto e sulle membra. Dopo ventiquatt' ore l'eruzione è generale e completa. Allora la pelle offre un colorito scarlato uniforme, come se fosse stata imbrattata col sugo di framboasso. Questo colorito ora è a larghe macchie irregolari, divise da intervalli del color naturale della pelle; altre volte il color rosso è uniforme su tutta la superficie del corpo; però l'esantema offre un rosso più carico e più vivo là dove l'epidermide offre meno spessezza, come alle parti interne delle cosce, agl' inguini, sullo scroto e nella parte concava delle articolazioni delle membra. Spesso l'eruzione della scarlattina presenta un altro aspetto; poichè in vece delle larghe macchie, si vede una moltitudine di punti rossi vicinissimi gl' uni agli altri, regolarissimi nella loro disposizione, ciò che dà alla pelle l'aspetto d'un finissimo granito. In qualunque stadio dell'eruzione, la pelle è ordinariamente secca, sempre bruciante, e la sua temperatura è sempre più elevata, che nelle altre febbri eruttive; è tesa, ed i malati provano un prurito più o meno intenso. Infine i piedi e le mani si gonfiano, e producono un incomodo ed una durezza notevole, e tanto più divengono incomodi quando si vogliono piegare le dita. I sintomi generali e la febbre persistono quasi allo stesso grado come prima dell'eruzione; il dolor di gola aumenta, e spesso i gangli sotto-mascellari sono ingorgati. Se allora si fa aprir la bocca ai malati, la faccia interna dei labbri e delle guance, le gengive, il velo palatino ed i suoi pilastri si osservano dello stesso colorito della pelle, ciò si osservava pure sulla lingua, ma, in generale più tardi di quello lo è sulle altre parti della bocca, forse per la spessezza più considerabile del suo epitelio. Il rossore framboasso della mucosa della bocca e del faringe, è un fenomeno quasi costante nella scarlattina; però l'epoca della sua comparsa è molto variabile. In fatti, ora precede l'esantema cutaneo, altre volte à luogo contemporaneamente; in alcuni casi è posteriore, e non è visibile se non al terzo stadio. L'eruzione cutanea si mantiene allo stesso grado per uno o due giorni. Si è detto che il suo colorito, meno vivo la mattina, era più carico la sera o durante la notte; quest'asserativa non è affatto provata. Quando l'esantema si trova al suo maximum d'intensione, cioè verso il quarto

o quinto giorno, si vede, specialmente ne' ragazzi, svilupparsi sulle parti laterali del collo, del petto, alle ascelle, agl'inguini meno spesso però, un numero più o meno considerabile di piccole vescichette semi-sferiche contenenti un liquido, prima trasparente poi opaco; è un' eruzione miliare quasi simile a quella che abbiain veduto nel corso della febbre tifoidea; le vescichette però, in caso di scarlattina, sono più voluminose e più resistenti al tatto, e si ravvicinano di molto a quelle che osserveremo nella febbre miliare. Quando l'eruzione esiste, si è dato alla scarlattina il nome di *scarlattina miliare*.

Terzo stadio o desquamazione. — Verso il quinto o più tardi verso il sesto giorno, l'esantema si fa pallido. Gl' intervalli che dividono le piastre sono più considerabili, la pelle è tumefatta, la febbre finisce, ed il mal di gola scompare. All'ottavo giorno, ogni traccia di rossore è quasi perfettamente scomparsa. La desquamazione à luogo sin dal quinto giorno sulla faccia e sulle parti laterali del collo e del petto, dall'ottavo al decimo giorno, è ben stabilita. Si mostra sotto forma di larghe piastre, più distinte specialmente a' piedi ed alle mani, ove l'epidermide d'un pollice o d'un dito, dopo essersi screpolata, e fatta rugosa e biancastra, si distacca spesso volte in un sol pezzo, come un dito di guanto. La desquamazione però non à un periodo ben determinato; così l'abbiam veduta incominciare alcune volte verso il quindicesimo giorno, e spesso volte anche quando à luogo più presto, prolungarsi sino al ventesimo quinto. Ciò dipende il più delle volte dal perchè l'esfoliazione dell'epidermide à luogo due o tre volte di seguito sullo stesso punto. Tali sono i sintomi ed il corso della scarlattina, chiamata semplice o regolare. La sua durata media è d'un settenario.

Varietà. — Spesse volte la malattia si presenta con caratteri diversi di quelli abbiaino esposti. Così, l'angina, ordinariamente di mediocre intensione, può essere molto viva, ed anche essere il sintoma predominante; allora la scarlattina si dice *anginosa* (Willan). In questa varietà i fenomeni prodromi, ingenerale sono più gravi; il dolore e l'enfiagione della gola esistono sin dal principio; la deglutizione è difficilissima; le tonsille gonfie e di color cremesi, son coperte d'una materia pulacea, grigia o gialla, qualche volta di color nero, specialmente quando il sangue è stato esalato, e si distacca facilmente per riproduersi; ciò si osserva pure in tutto il fondo della gola. In fine, i gangli sotto mascellari sono voluminosi, sensibilissimi; alcune volte àn dato luogo agli ascessi, come pure il tessuto cellulare del collo, da costituire i veri *bubboni scarlattinosi*. Nella scarlattina anginosa la febbre è più intensa; vi sono nausea, vomiti diarrea. In generale, l'eruzione si manifesta ogni

giorno più tardi che à luogo nel periodo precedente. In vece di occupare tutta la superficie del corpo, spesse volte offre dei punti limitati, come alle ascelle, agl'inguini o alle mani; qualche volta scompare da un giorno all'altro, e la desquamazione che à luogo in seguito succede meno regolarmente; è più tarda, e si prolunga spesso sino al terzo settenario.

Vi è un'altra forma di scarlattina chiamata *maligna*, per la gravezza che presenta. I prodromi offrono maggiore intensione dei precedenti; i malati cadono nella prostrazione; la lingua ed i denti si coprono di fuligginità, il fiato è putente; v'è delirio o coma, sordità (*scarlattina nervosa*). Il polso estremamente frequente, è molle, depresso; spesso l'eruzione efimera in questo caso appena si manifesta, ora comparisce e scompare per molte volte di seguito; quasi sempre occupa solamente alcuni punti del corpo vicino alle articolazioni, specialmente la parte concava; allora è d'un color livido, e mista spesso a petecchie e larghe ecchimosi. Possono anche aver luogo de' punti cangrenosi in diversi siti del corpo; il malato emette allora urine sanguinose ed eiezioni fetide; finalmente muore ora istantaneamente, altra volta dopo lunga agonia.

Nelle forme anginosa e *maligna* l'eruzione è poco marcata, parziale ed efimera. Si comprende che in molti casi può essere inosservata da' malati ed anche da' medici. Ciò spessissimo accade. Forse ai casi di scarlattina con eruzione *parziale ed efimera* sono stati riferiti tutti i fatti di scarlattina senza eruzione. La dottrina della febbre scarlattina senza eruzione conta molti partigiani. Heberden, Giu. Frank e molte altre autorità la difendono, ma negli scritti di questi autori si trovano meno fatti precisi e più semplici assertive. Relativamente alle osservazioni citate da' medici contemporanei, da Dance (*Archives* 1830), dal Signor Trousseau (*Archives* 1829), dal Signor Taupin (*Thèse* 1840), non le crediamo tali da poter dileguare tutti i dubbi e stabilire in modo irrevocabile l'esistenza della scarlattina senza esantema.

Complicanze. — Diversi morbi possono complicare la scarlattina; nelle forme gravi sono l'emorragie passive; diverse flemmasie degl'organi toracici ed addominali; queste però sono meno frequenti nella scarlattina che nel morbillo. Accidenti cerebrali variabilissimi sono pure stati osservati, così il delirio, il coma, le convulsioni, le contrazioni. Questi sintomi frequentissimi ne' ragazzi, simulano spesso una meningite; ma è raro osservare nell'autopsia tracce di flemmasia nel cranio, e quasi sempre gli accidenti nervosi osservati durante la vita non lasciano altre tracce meno che una forte congestione, ed in certi casi un versamento sieroso ne' ventricoli cerebrali. Molte volte ho osservato dolori reumatici nel corso della scarlattina. La

malattia offre allora una forma più o meno anomala. Questa complicità, benchè rara, è stata osservata da' Murray in modo epidemico. Diverse affezioni cutanee possono complicare la scarlattina. Già abbiám parlato della miliare, noteremo anche la risipola, i foruncoli e specialmente l'orticaria. Questa è anche frequente durante la desquamazione. In fine tutti gli autori parlano che la scarlattina vien complicata dalle altre febbri eruttive, dal vaiuolo, dal morbillo ec. Questa complicità rarissima è stata studiata dal signor Willemín nella sua tese (1847). Questo medico à stabilito che quando la scarlattina si manifesta contemporaneamente al vaiuolo, o quando durante il suo corso quest' ultimo vi si unisce, questi due esantemi si sviluppano simultaneamente, la scarlattina non si arresta, e lo svolgimento delle due eruzioni succede regolarmente quasi sempre. Se il morbillo complica la scarlattina, alcune volte si sviluppano contemporaneamente senza pregiudicarsi, o semplicemente modificandosi a vicenda. La durata di ciascuna si abbrevia. In fine ne' casi più frequenti in cui succedono immediatamente, non si osserva alcuna modifica nelle due malattie.

Recidive.— Queste recidive sono tanto rare nella scarlattina quanto nel morbillo. Però Giu. Frank, ed altri medici stranieri, i Signori Rilliet, Barthez e Rayer, citano nelle loro opere casi incontrastabili di recidive; e dicono pure che la stessa persona à sofferto durante la vita sette recidive di scarlattina (Jahn), ed un altro diciassette (Henrici).

Anassarca consecutivo.—L' anassarca è l' accidente più frequente ad osservarsi durante la convalescenza della scarlattina. Vagamente indicato da Sennert, meglio studiato da Storch, Navier e Plenciz, ec. più recentemente è stato in Inghilterra l' oggetto d' importanti travagli. L' anassarca si manifesta con preferenza ne' ragazzi, nelle stagioni fredde, umide, succede spesso al raffreddamento, ma più spesso à luogo senza manifesta causa determinante. Comunemente comparisce dal terzo al quarto settenario della malattia, rare volte più tardi. I malati, che sin a quel punto avevano goduto d' uno stato soddisfacente, si lagnano ad un tratto di stanchezza, di mal' essere, di veglia; la loro fisionomia è pallida ed enfisemata; le palpebre in particolare sono gonfie; l' edema occupa tosto i piedi, le mani, lo scroto, ed invade, finalmente tutto il corpo. I versamenti sierosi possono formarsi nelle pleure, e specialmente nel peritoneo. In questi casi, l' urina è meno abbondante; diminuisce di peso (Hamilton e Wovd); è torbida, d' un color rosso bruno, contenente più o meno grande quantità di sangue; qualche volta è pallida, scolorata; se si riscalda, o si versa una certa quantità d' acido nitrico, produce tosto un coagulo più o meno abbondante, formato di albumina. Però l' alterazione della secre-

zione dell'urina non è un fenomeno costante; credo anche mancare nel maggior numero de' casi. Secondo i signori Guersant e Blanche, l'albuminuria mancherebbe solamente in un terzo de' malati. Comunque sia, i sintomi generali variano secondo che l'anassarca siegue un corso acuto o cronico. Nel primo caso vi è febbre, cefalalgia; l'edema è duro, resistente: nella forma cronica, al contrario, manca la febbre, e la pelle, quasi fredda, conserva facilmente per lungo tempo l'impressione del dito. Diversi altri accidenti possono anche aver luogo: così molti malati hanno vomiti, diarree; la maggior parte provano alcuni sintomi per parte degli organi toracici; poichè la bronchite, la pleurisia, l'idrotorace, l'edema de' polmoni, ma specialmente la pneumonia, sono le complicitanze estremamente comuni nell'anassarca consecutivo della scarlattina; in fine, vi sono individui i quali muoiono rapidamente in uno stato comatoso o in seguito di convulsioni. L'anassarca, dopo aver presentato alternative in bene ed in male, diminuisce a poco a poco con scomparire completamente. Generalmente la sua durata è lunga; raramente si prolunga più di due o tre settimane. Molti malati idropici muoiono, e nello sparo del corpo si osserva, spesso volte, ne' reni, alcune di quelle alterazioni, che faremo conoscere più tardi, siccome quelle che caratterizzano la malattia di Bright. L'anassarca è un accidente comunissimo, la di cui frequenza però varia molto nelle differenti epidemie; in quella d'Edimbourg, del 1835 al '36, si è manifestata in circa un settimo de' casi (Wood). I Signori Barthez e Rilliet l'hanno osservato in un quinto de' loro malati. Si manifesta indifferentemente dopo le scarlattine gravi, come dopo quelle che sono state benigne.

Diagnosi. — La scarlattina differisce dal morbillo, col quale potrebbe esser confusa: 1.° per i suoi prodromi, 2.° per i caratteri dell'eruzione, 3.° pel modo col quale la desquamazione à luogo.

I prodromi del morbillo sono rimarchevolissimi pe' sintomi catarrali che si osservano dal lato delle mucose oculare, nasale e de' bronchi, mentre un simile apparato manca nella scarlattina. In questa si osserva quasi sempre un'angina molto intensa, mentre quest'affezione è rarissima nel morbillo, o quando esiste, è poco marcata; ed in nessun caso le mucose della bocca e del faringe, mai presentano questo colorito scarlatto che soffrono nella scarlattina; in fine i prodromi hanno una durata più lunga nel primo che nella seconda. In quanto all'eruzione, essa è *scarlatto framboassa* nella scarlattina, e d'un rosso *molto meno carico* nel morbillo. In questo d'altronde, niente si osserva di regolare, nè nel colorito, nè nella forma, nè nell'estensione e la protuberanza dell'eruzione. Nella scarlattina poi

tutto è regolare, ciò si osserva specialmente nella forma acuminata o bitorzoluta, quella appunto che potrebbe più facilmente confondersi col morbillo. Finalmente il modo della desquamazione differisce essenzialmente nelle due malattie che mettiamo in paragone, poichè nel morbillo l'esfoliazione è insensibile, o pure l'epidermide si distacca sotto forma di piccole lamine forforacee, mentre nella scarlattina sono larghe piastre, grossi pezzi avendo molti centimetri di lunghezza. Nella forma anginosa, l'esanlema è qualche volta parziale, la sua durata è spesso effimera, in modo che può essere inosservata; si può allora supporre l'esistenza d'una schinanzia ordinaria o d'un' angina pul-tacea o colennosa. Quest'errore è stato evidentemente commesso da Fothergill; in fatti, si può esser convinti che l'epidemia ch'egli à descritto sotto il nome di *mal di gola con ulcere* altra cosa non era se non che una scarlattina anginosa. Questa non curanza non potrà aver luogo quando si avrà riguardo ai sintomi generali, più gravi nella scarlattina che nell' angina semplice, al colorito scarlatto delle tonsille, del faringe e della bocca. Finalmente l'accurato esame di tutte le parti del corpo farà riconoscere alcune rossezze parziali, rossezze che ànno esistito in tutti i malati di Fothergill, de' quali però quest' autore ignorò i veri caratteri, poichè li considerò siccome solamente risipelatosi (si veggia appresso l'istoria dell' *angina cotennosa*).

Pronostico. — A torto Sydenham à caratterizzato la scarlattina siccome una malattia benigna, la quale poteva solo esser fatale per imperizia del medico. Bisogna dire, anzi, con Darwin, che la gravezza di questa malattia varia, secondo le epidemie, dall'innocuità d'una morsicatura di pulce (qualche volta manca pure la febbre) sino al pericolo della peste, della colera, e de' vaiuoli confluenti. D'altronde in cose eguali, la scarlattina è più grave nell'adulto e nel vecchio che nel giovane; lo stato puerperale è anche una circostanza aggravante. Le scarlattine accompagnate dalle emorragie ed accidenti nervosi ànno spesso un esito funesto. L'anassarca che succede alla scarlattina è spesso più grave della malattia stessa, specialmente quando siegue un corso acuto. Il pronostico è tristo, in ragione dell'alterazion de' reni, che spesso esiste, e per le gravi complicanze che frequentemente sopravvengono per parte degl'organi del torace.

Etiologia. — Le osservazioni di Clarke, Heberden, Giu. Frank. provano: 1.° che i ragazzi al di sotto di dieci anni vanno più soggetti alla scarlattina; 2.° che sino a vent'anni assale egualmente, a poco presso, gl'individui dell'uno e dell'altro sesso, mentre dopo quest'età è più comune nelle donne. Lo stato puerperale predispone quest'ultime a contrarla. I Signori Rilliet e Barthez ànno data l'opinione che la scarlattina raramen-

te assaliva i ragazzi affetti da tubercoli, e questa proposizione ci pare vera anche per l'adulto. La scarlattina acuta regna in tutte le stagioni; ma più specialmente incrudelisce nell' equinozio di primavera e di autunno. Essa è essenzialmente contagiosa, e bisogna credere, co' Signori Blache e Guersant, che questa proprietà non si estingue per più d' un mese. Si dice che Stoll à potuto inocularla; ma Petit-Radel l' à vanamente tentato. Quanto questa malattia sia frequente, può dirsi però che il numero degl' individui i quali ne vanno esenti è più considerabile di quelli che resistono al vaiuolo ed al morbillo.

Cura. — Nella scarlattina semplice il malato deve essere lasciato alla natura. La dieta, il riposo nel letto, i piediluvii, le bevande acidole, temperanti, una dolce temperatura, sono i soli mezzi da impiegarsi. I malati saranno moderatamente coperti. Il salasso è utile solo quando la reazione è viva, il polso largo, duro, e che una congestione attiva à luogo per parte di qualche viscere. Currie, Thomson, Batman e molti altri medici inglesi àno molto raccomandato le lavande acidolate, le aspersioni fredde, le immersioni generali. Han preteso che questi mezzi moderavano il calore, diminuivano la frequenza del polso, conciliavano il sonno, ed eccitavano una traspirazione salutare; ma l' esperienza non à pronunziato affatto sull' efficacia di questo metodo, il cui uso non va esente forse da pericoli. La violenza dell' angina rende qualche volta necessaria l' applicazione delle sanguisughe alle parti laterali del collo. I medici inglesi àno piuttosto insistito, in questi casi, sull' uso de' purganti. Se la debolezza del malato impedisse di cavar sangue, e se qualche complicanza rendesse impossibile l' uso de' purganti, bisogna combattere l' angina mediante l' uso de' rivulsivi applicati sulla cute, e specialmente d' un largo vescicante alla nuca. I gargarismi emollienti sono utili quando non esiste molto gonfiamento; si può anche aggiungere, verso la fine, una piccola quantità d' acetato di piombo (acqua 120 gram. alcool 15, aceto 8, acetato di piombo 50 centigrame). Se l' angina passasse allo stato di cangrena, bisogna ricorrere ai gargarismi fatti con una decozione di china-china, unita o pur no allo spirito canforato, o pure vi si unisce un quarto di soluzione di cloruro d' ossido di sodio, dell' allume o dell' acido idroclorico; mezzo che fa d' uopo combinare con un metodo tonico generale. Alcuni medici àno consigliato il cloro, alla dose di 8 gram. come specifico; altri àno raccomandato l' amministrazione dell' emetico da procurare il vomito in ogni venti quattro o quarantott' ore; ma nessun fatto à provato l' utilità del cloro. Per i vomitivi, non convengono che ne' casi di complicanze saburruali, o quando mucosità o false membrane esistono nella dietro-bocca; allora i conati di vomito espellono facilmente le materie che chiudono il faringe.

Nella scarlattina maligna, e specialmente nella forma nervosa, l'uomo dell' arte può solo impiegare rimedi quasi sempre impotenti. Quindi i rivulsivi cutanei, come i vescicanti, i bagni tiepidi, il carbonato d'ammoniaca vantato in America (4 a 10 gramme in una pozione), i purganti, gli emetici, gli acidi, i tonici, gli antispasmodici, specialmente la canfora ed il muschio, sono quasi sempre senza azione. Succede forse lo stesso per le aspersioni e le abluzioni fredde tanto raccomandate da Currie, da Gregory, da Bateman, da Nasse, e da moltissimi distinti medici inglesi e tedeschi? Il Signor Schedel, nel suo libro sull'idroterapia, se ne dichiara partigiano dopo aver veduto impiegare questo metodo nel celebre stabilimento di Groefemberg. Benchè questa pratica sia in opposizione colle idee attuali, è dimostrato però, consultando le migliori testimonianze, non aver prodotto mai seri accidenti. In Francia, nessuno à ancora messo in pratica il metodo di Currie. Pensiamo però che, se questo metodo non deve impiegarsi nella scarlattina semplice, bisogna usarlo nella forma grave o maligna, quando le forze sono annientate, il polso è piccolo, il calore estuante, quando esistono l'agitazione ed il delirio. In fatti, questi accidenti si sono molte volte calmati rapidamente con l'uso d'una asperzione fredda. In molte maniere può essere applicato questo metodo: gl' uni con Currie spruzzano sul malato, anticipatamente collocato in un bagno, cinque o sei secchi d'acqua fredda; mentre Nasse ed altri si limitano a fare delle abluzioni d'acqua fredda o di aceto. Qualunque possa essere il sistema da adottarsi, bisogna sapere che la calma è spesso passeggera, e bisogna ripeterlo perchè la miglioria persisti.

Durante la convalescenza, ed anche molte settimane dopo la guarigione completa, bisogna che i malati sieno preservati da qualunque raffreddamento, e sorvegliare il loro regime. Vogliamo che, durante la stagione fredda, non eschino dalla casa prima di sei settimane ed anche due mesi. Se, malgrado le cure prestate a' malati, l'anassarca à luogo, bisognerebbe, continuando la febbre, ricorrere ad una o molte emissioni sanguigne, purchè però lo stato del polso lo permetta. Il Signor Rayer à ottenuto, in questi casi, felici effetti coll'applicazione delle ventose sulle regioni renali. I bagni tiepidi sono pure utili. Sono controindicati i diuretici energici, il di cui pericolo è stato d'altronde dimostrato da' medici fiorentini da circa un secolo addietro. Nella forma apirettica dell'anassarca, si attiverà la diaforesi con i sudoriferi, e specialmente con i bagni a vapore; si praticheranno le frizioni secche; aromatiche, toniche; si amministrerà qualche purgante, e se l'individuo è debole e anemico, si prescriverà la china-china e specialmente le preparazioni di ferro.

Profilassi. — Ignorando l'epoca precisa in cui la scarlattina cessa di essere contagiosa, la prudenza vuole che non si tratti con quelli che ne sono stati affetti se non che alla fine del terzo settenario. Molti rimedi sono stati lodati a cielo siccome forniti di virtù profilattica contro la malattia; così i purganti, gli esutori, il calomelano, gli acidi presi internamente e per bagnature, la genziana, il catrame, ec.; queste sostanze però mancano dell'effetto che loro si attribuisce. La belladonna è stata vantata da alcuni medici tedeschi. Quindi consigliano di sciogliere 10 centigramme di estratto di belladonna in 32 gramme di acqua di cannella e darne ogni giorno da 2 a 4 gocce a' ragazzi durante tutta l'epidemia. Altri preferiscono la tintura eterea, la quale si prescrive da 6 a 10 gocce ogni giorno ai ragazzi di otto o dieci anni. Numerosi fatti sono favorevoli alla virtù preservatrice della belladonna. Per esempio, si troverà nel t. II. della *Bibliothèque de thérapeutique* del Signor Bayle che, su 2, 027 individui sottoposti all'amministrazione profilattica di questo medicamento, 1,948 furono preservati dall'influenza epidemica. Moltissimi medici stranieri, particolarmente Zeuch, Selenk, Berndt, Kochler, Dusterberg, citano numerosi casi favorevoli all'azione di questo rimedio. Quest'ultimo esercitando la professione nel Tirolo, à provato l'efficacia della belladonna in tre epidemie successive; perchè i suoi risultati si manifestassero più convincenti, trascurava volontariamente di dare il preservativo ad un ragazzo in ciascuna famiglia, e questo era il solo che n'era affetto. Alcune volte però la malattia colpiva anche quelli che avevano fatto uso della belladonna per soli quattro o cinque giorni; ma la malattia si manifestava allora benignissima. Alcuni medici francesi hanno pure provato in questi ultimi tempi i felici risultati della belladonna; citerò tra gli altri, i Signori Guersant e Delens a Parigi, e specialmente i dottori Godelle a Soissons, e Stévenard a Valenciennes. Dietro tutti questi fatti, sarebbe stoltezza non amministrare, in caso di epidemia, la belladonna, tanto più incapace di qualunque inconveniente.

DELLA MILIARE.

Sinonomia. — *Miliaris sudatoria*; suette des Picards, febre sudatoria.

La miliare è una specie di febbre eruttiva, che regna quasi sempre epidemica, ed offre per principali sintomi, abbondantissimi sudori, accompagnati da eruzione miliare e più spesso da uno stringimento doloroso all'epigastrio.

Storia. — Nessun fatto attesta che Ippocrate ed i suoi successori, sino alla metà del secolo XVII. abbiano conosciuto que-

sta affezione. Sembra anche non doversi riportare alla febbre miliare la terribile malattia conosciuta sotto il nome di *peste o febbre britannica*, la quale, per quarant'anni, a contare dal 1486, produsse le più grandi stragi in una parte dell'Europa. Per la febbre miliare che vado a descrivere, manca nella scienza qualunque descrizione che attesti che essa abbia regnato epidemicamente prima del 1713 o 18. Circoscritta dapprima nella Piccardia, invase poscia i paesi vicini, ed à occupato successivamente i dipartimenti della Senna, di Seine-et-Oise, della Loire-Inferieure, di l'Eure, di Seine-et-Marne; à anche guadagnato l'Allier, il Bas-Rhin, il Puy-de-Dôme, l'Aube, la Haute-Garonne, il Rhone, la Dordogne e la Vienne, ec.; quasi tutti gli anni si manifesta in alcuni di questi luoghi. Una delle più notabili epidemie fu quella del 1821, la quale ebbe luogo nella provincia di l'Oise; il Signor Rayer ne à lasciata una buona relazione. Si leggerà pure con interesse, nella *Gazette* del 1839, l'istoria d'una piccola epidemia, osservata dal Signor Barthez, Guéneau de Mussy e Landouzy: il volume X^o delle *Mémoires de l'Accademie Royale de Médecine* comprende la completa relazione dell'ultima epidemia (1841) della provincia della Dordogne, del Signor dottor Parrot. Finalmente la miliare, la quale, nel 1845, regnò a Poitiers e ne' dintorni, à ispirato molti distinti travagli; citeremo specialmente la Memoria del Signor Loreau, quella del Signor Gaillard, e l'eccellente relazione che il Signor Orillard à pubblicata nell'11^o *Bullettin de la Société de Médecine* di Poitiers.

Anatomia Patologica.—Le ricerche anatomiche sono ancora incomplete. Si dice che la mucosa dello stomaco è spesso rossa, che il cervello è iniettato ed i ventricoli contengono del siero. Alcuni ànno anche parlato d'una eruzione vescicolare la quale si svolgerebbe nell'intestino; ma le ultime epidemie non ànno fatto osservare alcuna lesione speciale, meno uno sviluppo insolito del fegato senza alterazione nella sua struttura, ed un aumento considerevole di volume della milza, la quale è allora rammollita e sciolta. Queste lesioni sono le sole osservate abitualmente dal Signor Parrot nella epidemia della Dordogne. Bisogna aggiungervi lo stato del sangue, il quale, estratto dalla vena, è d'un color rosso di ciriegio; lentamente si coagula; il grumo è molle, spesso fluido, giammai cotennoso. Questi caratteri sono assolutamente quelli che il Signor Parrot à notato nella miliare di Périgueux. Io pure li ò osservati a Poitiers in quella micidiale epidemia del 1845 incaricato dal governo di andare a studiar la natura.

Sintomi e corso.—La miliare è spesso preceduta per alcuni giorni da un mal'essere, da stanchezza e da anoressia con vomiti e diarrea o pur senza; altre volte si sviluppa brusca-

mente: così i malati coricandosi di buona salute, si risvegliano la notte inondati da sudori. Questi, i quali costituiscono i fenomeni predominanti della malattia, ne indicano più spesso lo sviluppo. Essi coincidono con un estremo mal'essere; con una cefalalgia sott'orbitale, spesso vivissima, e specialmente con un sentimento di stringimento doloroso all'epigastrio e d'un peso enorme il quale, opprimendo lo sterno, reca ostacolo alla dilatazione del torace; a questi si aggiungono le tormentose palpitazioni con tendenza alle lipotimie ed alle sincopi. I sudori anno, sin dallo sviluppo, un'abbondanza eccessiva; essi penetrano gli abiti, le coperture, ed anche il letto de' malati. Hanno detto che essi esalavano un odore fetido, mefitico, che anno paragonato all'odore della paglia fracidita; ma nulla di tutto ciò mi è stato dato osservare di simile a Poitiers. A questa stessa epoca, la faccia è iniettata, la sete è più o meno viva, ma raramente proporzionata all'abbondanza de' sudori; la lingua è bianca; l'urina scarsa, rossa; qualche volta vi è disuria, e quasi sempre costipazione; il polso è ampio, d'una frequenza moderata (80 pulsazioni): però in alcuni individui, la reazione febbrile è maggiore, ed il polso dà sino a 120 pulsazioni. Questi sintomi durano due, tre o quattro giorni, ed offrono spesso una o due esacerbazioni quotidiane, ma senza presentare ordinariamente niente di regolare. Dal secondo al terzo giorno, per lo più durante la notte, e più spesso in mezzo di uno di questi parossismi febbrili, i malati accusano de' pizzicori violenti su tutto il corpo, specialmente sul dorso; altri provano in queste parti un prurito incomodo; molti si lagnano d'un senso d'incomodo, di pesantezza, di rigidità nelle membra, specialmente nelle mani, nello stesso modo come se una scarlattina si dovesse sviluppare; è osservato questo fenomeno quasi in tutti i casi. In mezzo a quest'insieme di sintomi l'eruzione si manifesta.

Questa si presenta sotto due forme principali: più spesso si vede nascere una moltitudine di macchie irregolari, a poco presso dello stesso colorito delle macchie del morbillo, che scompaiono nello stesso modo sotto la pressione del dito, ed offrono nel loro centro un punto protuberante e duro formato da una vescichetta ripiena d'un liquido trasparente. Queste vescichette, più piccole della metà d'un granello di miglio, si veggono ad occhio nudo; alcune volte però, per osservarle, bisogna che l'occhio sia armato di lente. In alcuni casi poi, anche con questo strumento, non si osserva alcun punto vescicolare sulle protuberanze, le quali sono allora costituite da piccole pustole dure, e da vere papole; queste però esistono solamente su alcuni punti circoscritti; presto o tardi si trasformano in vescichette. Tale è l'eruzione chiamata *miliare rossa*.

Un'altra forma d'eruzione, la quale esiste raramente sola[†], è costituita come la precedente da vescichette diafane; essa non è accompagnata da rossezza de' tegumenti, rassomiglia affatto a sudamina e si distingue da questi per la maggiore resistenza e perchè non può come quelli essere schiacciata dalla pressione del dito. Questa chiamasi *miliare bianca*. Qualunque sia la forma, l'eruzione miliare comincia ordinariamente sulla faccia anteriore del petto, poi sul dorso, alla parte anteriore dell'avambraccio e sul rimanente della membra; non occupa quasi mai la faccia, almeno ciò non mi è stato dato mai osservare a Poitiers. Si manifesta in tutti questi punti più o meno abbondante; alcune volte è talmente confluyente, che l'interstizio che separa ciascuna delle vescichette è appena percettibile; quando così avviene, la pelle offre un colorito rosso uniforme o larghe piastre; offre un aspetto ineguale, e zigzagante il quale si osserva benissimo palpeggiando col dito la sua superficie. L'eruzione non ha luogo simultaneamente su tutti i punti; in generale succedono molte eruzioni successive con dodici o ventiquattr'ore di distanza le une dalle altre; sono quasi sempre indicate per mezzo d'un raddoppiamento di sudori, della febbre, dell'oppressione ed un angoscia epigastrica.

L'eruzione una volta completa, i sudori diminuiscono; spesso esiste solamente un semplice umettamento, la febbre generalmente continua allo stesso grado; la costrizione epigastrica e l'oppressione ritornano di tempo in tempo, ma la cefalagia finisce. Verso il terzo giorno dell'eruzione, il liquido si fa pallido. I tumorelli s'inerescano si abbassano, la rossezza de' tegumenti si fa pallida, e si estingue, la febbre finisce, l'oppressione non ritorna più, e verso il sesto o settimo giorno dell'eruzione, la desquamazione comincia. Essa si manifesta ordinariamente con piccole scaglie forforacee, alcune volte con larghe piastre come nella scarlattina. Ha luogo lentamente, e l'abbiamo veduta prolungarsi per lo spazio di sei o sette settimane, ciò dipende senza dubbio in gran parte dal perchè, durante la desquamazione, ed anche ad un'epoca in cui la convalescenza è molto avanzata, piccole eruzioni parziali si manifestano ancora sul tronco e sulle membra. Queste sono solamente annunziate da alcuni sudori, ma non sono mai accompagnate da febbre nè da stringimento toracico.

Da ciò che precede chiaro apparisce, quanto sia possibile stabilire nello studio della miliare le stesse divisioni che nelle altre febbri eruttive, cioè, si potrebbe ammettere, come in queste, uno stadio d'invasione, il quale ordinariamente dura da due a quattro giorni, ed uno stadio d'eruzione. Ma nella miliare vi sono delle eruzioni successive le quali si ripetono più o meno, esse finiscono, in generale, dopo quattro, cinque o sei giorni, per

essere sostituite da una desquamazione la di cui durata è illimitata.

La miliare non siegue però sempre un corso così regolare, e non si manifesta costantemente con lo stesso aspetto. Si osservano in tutte le epidemie, e noi l'abbiamo osservato a Poitiers, de' casi d'una benignità estrema. Così gl'individui dopo aver bagnate alcune camice, presentano una eruzione discreta, circoscritta in alcuni punti del corpo, e ciò quasi senza febbre, senza cefalalgia nè stringimento nell'epigastrio; in modo che fra tre o quattro giorni questi malati erano guariti; alcuni non sono stati neppure obbligati d'interrompere le loro occupazioni. Questi casi sono però rari; ed è più facile vedere la malattia rivestire un carattere dispiacevole, ora sin dallo sviluppo, più spesso però ad un periodo più avanzato. In generale, la gravezza del male sta in rapporto con gli accidenti nervosi; così, la cefalalgia è atroce, vi è delirio, coma, convulsioni, contrazioni, sussulti e sincopi; ma i malati si lagnano specialmente dell'epigastralgia, dello stringimento toracico; allora sono spesso in uno stato d'imminente soffocazione. In questi casi l'ansietà è estrema; il polso prende una maggior frequenza, la fisionomia diviene scontraffatta, e se questo stato per poco si prolunga, o si riproduce a brevi intervalli, la morte non tarda ad aver luogo. Vi sono individui, finalmente, ne' quali la gravezza della malattia si osserva meno pel predominio d'un sol sintomo che per l'insieme degli accidenti pericolosi; così se il polso si accelera e s'indebolisce; i sudori si sopprimono, la pelle si fa arida e scottante, l'eruzione pallida ed abbassata, la lingua secca; sopravviene finalmente uno stato di subdelirio, ciò è quasi un presagio certo d'una prossima morte.

La miliare, siccome le altre febbri eruttive, siegue alcune volte un corso anomalo: così hanno preteso aver veduto l'eruzione mancare affatto. Ciò però non ancora è ben stabilito. I sudori possono anche mancare: allora la pelle è arida, o solamente un poco umettata. La mancanza de' sudori si osserva più raramente ne' casi gravi che ne' casi benigni.

Durata. — La miliare à una durata variabilissima: alcune volte i suoi diversi stadi si succedono così rapidamente che in tre o quattro giorni gl'individui si trovano in piena convalescenza; altre volte, poi, gli accidenti si prolungano per lo spazio di due settenari. La durata media ne' casi benigni è di sette o otto giorni, e di quattordici a sedici per i casi gravi i quali guariscono. La morte il più delle volte à luogo dal terzo al quarto giorno; alcune volte l'esito funesto succede dopo dodici o quattordici giorni, mentre altri malati, siccome colpiti dal fulmine, muoiono dopo quarant'otto, venti quattro, dodici sei ed anche tre ore. Il Signor Parrot à veduto di simili casi nell'epidemia di Périgueux.

Convalescenza. — La convalescenza è più o meno lunga e stentata: così gl'individui rimangono per più o meno tempo deboli, anemici, più o meno macilenti, e soffrono vertigini, veglie e alcuni anno delle ricadute caratterizzate da un mal'essere, da febbre, da sudori, o solamente da un umettamento ed un eruzione miliare parziale. Questi sintomi anno generalmente una durata molto breve e sono sempre esenti da pericolo.

Diagnosi. — La miliare non potrebbe confondersi con alcun'altra affezione. In fatti lo stringimento epigastrico, i sudori eccessivi e l'eruzione miliare la caratterizzano sufficientemente e la distinguono da tutte le affezioni. D'altronde non potrebbe esser confusa che con il morbillo o la scarlattina. Ma differisce da quello non solo per i sintomi speciali che abbiamo enumerati, ma pure per l'assenza della coriza e del catarro dei bronchi. Si distingue ancora dalla scarlattina per la mancanza dell'angina, come pure pel colorito e la rossezza de' tegumenti. Non dirò in che differisce il sudore dalla febbre che appellasi *miliare*, di cui i medici anno tanto parlato alla metà di quest'ultimo secolo, poichè è dimostrato che sotto questa denominazione si confondevano tutte le malattie acute ed anche croniche nel corso delle quali manifestavansi l'eruzione ed i sudamina. L'eruzione miliare era sempre ricercata con molta cura da' nostri antecessori; ed ogni qual volta ne dimostravano la esistenza, ne costituivano il sintomo essenziale e predominante, mentre altro non era se non che un epifenomeno quasi di nessun valore: stabilisco dunque come principio che la febbre miliare tal quale la intendevano gl'antichi medici non esiste affatto. Per convincersi di ciò, basta leggere il trattato di Gastellier.

Pronostico. — Il pronostico varia molto nelle diverse epidemie, e secondo la malattia veste la forma benigna o maligna. Bisogna sapere però che il sudore miliare è una delle più perfide malattie. Quando è ben caratterizzata, bisogna essere sempre circospetti nel dare il pronostico anche ne' casi in apparenza i più benigni; poichè si è veduto mille volte, particolarmente a Périgueux ed a Poitiers, perire in poche ore malati i quali non davano a temere alcuna inquietitudine. La frequenza del polso, l'aridezza della pelle, l'abbassamento dell'eruzione, i sinistri presentimenti sono dunque segni tristi. Il pronostico è pur grave quando gli accessi dello stringimento toracico anno una durata lunga o si succedono a brevi intervalli; infine il delirio, le convulsioni, le sincopi sono tutti altrettanti accidenti i quali annunziano un esito prontamente funesto. In molte epidemie, una costituzione forte è stata una circostanza piuttosto aggravante anzichè favorevole; si è pur veduto che la malattia à colpito con preferenza o l'uno o l'altro sesso. Per l'età nulla vi è di costante; poichè secondo l'epidemie, la malattia ha fatto più vil-

time ora in un' età ora nell' altra. Quindi la mortalità è più o meno notevole; se in alcuni tempi ordinari può essere solamente d' un ventesimo o d' un venticinquesimo , altre volte uccide il sesto ed anche il quinto degl' individui. Ciò fu osservato nell' epidemia di Poitiers.

Etiologia. — S' ignora la causa produttrice le epidemie della miliare ; forse i luoghi umidi o adombrati favoriscono il loro sviluppo. La malattia assale tutte le età ; pare però più frequente nell' adulto. In alcune epidemie, i ragazzi ne vanno esenti : ciò mi fu dato osservare a Poitiers. Il Signor Parrot à notato la stessa particolarità a Périgueux. Secondo le epidemie si veggono ancora egualmente colpiti ora i due sessi , ora predominare negli uomini, ora nelle donne. Una forte costituzione è spesso una predisposizione a contrarre la febbre miliare. In alcuni casi assale specialmente i poveri, altre volte li rispetta per colpire quelli della classe ricca o comoda; ciò fu pure osservato a Poitiers. La febbre miliare si è sviluppata ne' luoghi i più opposti ed a seconda le condizioni meteorologiche si dissimili, da rendere impossibile di trovare in queste circostanze la vera causa della malattia. La causa veramente produttrice è sconosciuta. Si è detto che la febbre miliare era contagiosa, siccome il morbillo e la scarlattina, ciò non à potuto esser dimostrato. La malattia può assalire più volte lo stesso individuo sia nello stesso anno, o dopo uno o molti anni.

Cura. — Nella prima edizione di questo libro diceva che dopo aver consultato molte relazioni di epidemie di febbre miliare , mi sembrava che il salasso generale era raramente indicato ; ed anche nocivo ; questa opinione venne confermata dalla osservazione dell' epidemia di Poitiers. I salassi generali in fatti sono solamente indicati in casi eccezionali , e quando il polso è largo e duro ; i salassi locali , specialmente alla base del cranio , sono spesso utili per calmare la cefalalgia. Lo stringimento toracico , l' oppressione , sono gli accidenti che meritano più attenzione : i mezzi più efficaci per moderarli sono i rivulsivi (sinapismi e vescicanti) applicati agli arti inferiori. Il signor Gaillard indica pure , siccome particolarmente efficaci contro l' oppressione , le frizioni fatte col miscuglio di terebintina ed ammoniacca. Alcuni buoni effetti si ottengono pure dall' emetico-catartico ; questo à spesso giovato a Poitiers , mentre l' oppio e gli antispasmodici fallirono benchè preferiti dapprima , in ragione della natura nervosa degli accidenti. L' emetico deve usarsi meno de' purganti ; in fatti , questi per la costipazione costante nella febbre miliare , convengono quasi in tutti i casi , sia sotto forma di clisteri, sia che si amministino per la bocca, ciò che deve preferirsi. Il momento più opportuno per impiegarli , si è quando l' eruzione à avuto luogo. I tonici e gli eccitanti

possono anche essere indicati. Essi convengono quando le forze sono prostrate, il calore estinto, e l'eruzione pallida e depressa.

La miliare à qualche volta un corso remittente ed un carattere pernicioso; il Signor Parrot lo à perfettamente stabilito. In questo caso la malattia può esser combattuta, abortita al quarto o quinto giorno coll' uso del solfato di chinina alla dose di 4 o 2 gramme. Però questo metodo, tanto lodato dal medico di Perigueux, non può applicarsi à tutti i casi e specialmente à tutte le epidemie; del resto a Poitiers generalmente fallì.

Gl' individui colpiti dalla febbre miliare faranno uso della tisana dolce, temperante, da prendersi tiepida o a calor di sole. Guarderanno una dieta severa e staranno in letto, le coperture debbono esser poche per non eccitare i sudori. Quante volte sarà necessario, bisogna cambiare la biancheria ed anche il letto con la cautela di non far raffreddare l' infermo; l' aria della stanza deve spesso rinnovarsi. Nelle campagne, questi principi trovano degli oppositori tanto nel popolo, quanto in alcuni medici, i quali riguardando l'eruzione ed i sudori come critici, sono abituati ad accrescere le coperture dei malati, chiuderli in letti circondati di cortine; finalmente amministrare delle bevande caldo, aromatiche e tutti gl' eccitanti diffusivi; ciò è contro tutti i principi della ragione. Il Signor Loreau molto à biasimato in quest' ultimi tempi una pratica così pericolosa. Conforme al Signor Fonquet e Pujol, ei considera l'eruzione come cosa mala, e cerca di prevenirla. Perciò consiglia, con Pujol, non solamente di cambiare la biancheria appena bagnata e di far ventilare la stanza, ma aggiungo le abluzioni sul corpo di liquidi aromatici, eccitanti, come l' acqua di bucato, acqua-vila canforata, ammoniac liquida; infine insiste su i purganti. Questo metodo, che a torto si direbbe contro la sana ragione, merita di essere sperimentato.

In riassunto, non può tenersi un metodo uniforme nella cura della febbre miliare. Vi sono casi così semplici, i quali guariscono col riposo e poche cure igieniche; ma ve ne sono di quelli talmente gravi da esigere mezzi energici, variati e combinati tra essi secondo il genere della malattia e la natura de' sintomi.

**CONSIDERAZIONI GENERALI SULLA NATURA
DELLE FEBBRI ERUTTIVE**

Pinel ignorava la vera natura delle febbri eruttive quando, nella sua nosografia classificava queste malattie tra le flemmasie cutanee. Dimostreremo in fatti, che l'infiammazione della pelle costituisce solamente un carattere accidentale puramente secondario, e che riesce impossibile di farne il punto di partenza della febbre e di tutti gli accidenti che si osservano. In fatti, come riportare ad una malattia della pelle, non ancora esistente, tutti quei disturbi generali, spesso gravissimi, che persistono per molti giorni, ed offrono caratteri sì distinti secondo l'eruzione che deve manifestarsi? E come spiegare la piresia per la malattia cutanea una volta sviluppata, quando al contrario vediamo diminuire il movimento febbrile, e qualche volta finire completamente, almeno momentaneamente, dopochè l'eruzione si è effettuata? Ciò si osserva specialmente in tutti i casi di vaiuolo. Di più, se i sintomi che si osservano, se la gravità della malattia dipendessero dalla lesione de' tegumenti, non v'è dubbio dover esistere un rapporto esatto tra l'intensione dei sintomi e l'estensione delle alterazioni: ed ecco ciò che non si osserva quasi in tutti i casi. In fatti, spesse volte, e specialmente in tempi di epidemia, si vede che i vaiuoli discreti terminano funestamente; più spesso ancora si osservano morbilli, e sopra tutto scarlattine mortali, benchè l'eruzione sia limitata ad una parte molto circoscritta de' tegumenti, e benchè di effimera durata. Finalmente, se, come si dice, esistono casi ben dimostrati di morbillo e di scarlattina senza alcuna eruzione, spesso gravissimi terminar con la morte, ciò dimostrerebbe chiaramente che l'affezione cutanea costituisce in queste malattie semplicemente un sintomo, necessario senza dubbio per diagnosticare con certezza la malattia, ma però affatto secondario. In fine diciamo che l'eruzione (e qui intendiamo parlare di quella del vaiuolo), quando essa è molto intensa, può determinare per se degli accidenti di reazione siccome ne producono tutte le infiammazioni molto estese.

Queste flemmasie cutanee, che sono la conseguenza d'una causa generale, forse d'un'infezione del sangue, differiscono dalle flemmasie vere e primitive per molti caratteri: 1.° esse si manifestano successivamente su tutta o quasi tutta la periferia del corpo; 2.° è impossibile produrle artificialmente, e riconoscono sempre una causa specifica; 3.° gli agenti terapeutici, siccome gli antilogistici ed i contro-stimolanti, i quali posseggono una sì grande efficacia per moderare e combattere le infiammazioni ordinarie, sono privi di effetto per quelle di cui parliamo.

Ed in fatti, esse hanno un corso invariabile, ed un medesimo fine. Così il vaiuolo termina sempre con la suppurazione, il morillo, la scarlattina e la miliare sempre con la desquamazione.

Da ciò che precede, si vede che ragionevolmente abbiain collocato le malattie eruttive nella classe delle febbri; poichè, lo ripetiamo, queste sono malattie le quali non riconoscono alcuna affezione locale primitiva. Le ricerche importanti intraprese in questi ultimi tempi da' signori Andral e Gavarret, sulle alterazioni del sangue, giustificano d'altronde il luogo che abbiamo assegnato alle febbri eruttive nel nostro quadro nosologico. Queste osservazioni, in fatti, hanno dimostrato che il sangue, in queste malattie, presenta le alterazioni che si osservano nelle altre piressie, cioè non vi è mai aumento di fibrina come nelle flemmasie; ordinariamente la quantità di questo principio conserva la sua normale; alcune volte diminuisce sensibilissimamente, specialmente nello stadio dell'eruzione; i globetti aumentano o conservano il loro numero ordinario; in fine, il sangue non presenta mai cotenna, meno quando esiste qualche complicanza infiammatoria. Nel vaiuolo, però quando l'eruzione è confluentissima, e quando specialmente le collezioni purulenti esistono sotto la pelle od in qualche organo, si può trovare la cotenna alla superficie del grumo; ma questa cotenna è molle, gelatinosa, e differisce molto da quella che si osserva ne' casi di flemmasie vere.

TERZO GENERE DI FEBBRI

DELLE FEBBRI INTERMITTENTI

Sinonimia — Febbre di accesso; — de' luoghi paludosi; — periodica.

Definizione. — Chiamasi *febbre intermittente* un' affezione febbrile i cui sintomi cessano e si riproducono ad intervalli ravvicinati ed a poco presso eguali, tra i quali esiste un' apiressia completa. Ogni accesso si divide in tre tempi che chiamansi *stadi* o *periodi*, i quali distinguonsi per il loro ordine numerico o meglio per la loro denominazione in stadio di *brivido* o di *freddo*, di *calore*, e di *sudore*, fenomeni che, negli accessi regolari, si succedono sempre con ordine. Il periodo di calma o lo spazio di tempo che divide gli accessi si chiama *apiressia* o *intermissioni*; i giorni che dividono gli accessi sono chiamati *intercalari*, e si chiamano *parossistici* quelli durante i quali ricompariscono. Finalmente il *tipo* è l'ordine secondo il quale gli accessi ritornano, si corrispondono e s'incatenano. Molte specie di tipi sono state ammesse, i principali sono: i tipi *quotidiano*, *terzario* e *quartario*. Nel primo gli accessi hanno luo-

go tutti i giorni, e sono tutti simili tra essi per la durata, la violenza ed i principali sintomi che l'accompagnano; nel secondo, gli accessi si rinnovellano tutti i due giorni; finalmente, nel tipo quartano, gli accessi hanno luogo in ogni tre giorni, e sono divisi da due giorni di apiressia.

Questi tre tipi offrono alcune varietà, ed hanno ricevuto nomi particolari che bisogna conoscere. Così chiamasi *quotidiana doppia* la febbre che presenta due accessi nello stesso giorno; *terzana doppia* quella che ha un accesso tutti i giorni, con questa differenza rimarchevolissima che gli accessi de' giorni pari (*del secondo e del quarto*) sono simili per la durata e per l'intensione, come pure quelli de' giorni dispari (*primo e terzo*). Il tipo di *quartana doppia* presenta un accesso due giorni di seguito, poi ha luogo un giorno di apiressia; ma gli accessi s'incastrano in modo che quello del *quarto giorno* è simile a quello del *primo*, quello del quinto è simile a l'accesso del *secondo*; in fine l'apiressia del *sesto* giorno corrisponde a quello del *terzo*. Queste diverse varietà di tipo sono quasi le sole che si osservano nella pratica, e convien bene distinguere le parole che servono ad indicarle. Gli autori però hanno ammesso molti altri tipi: così han descritto le febbri di *terzana doppia*, *quartana doppia* e *quartana tripla*. Nella prima, vi sono in ogni due giorni due accessi nel corso delle ventiquattr'ore; nella seconda, vi sono due accessi in un giorno, dopo due giorni di apiressia; finalmente, nella terza, vi sono tre accessi nel primo, settimo e decimo giorno, ed apiressia ne' giorni intermedi. Si parla pure d'una febbre *terzana tripla* e *quartana tripla*; nella prima vi sono due accessi il primo ed il terzo giorno, ed un solo nel secondo e nel quarto; questi accessi si corrispondono di due in due giorni. Nel tipo di *quartana tripla* vi è un accesso tutti i giorni; questi accessi corrispondono per la durata e la violenza tutti i tre giorni; cioè che il quarto è simile al primo, il quinto al secondo, il sesto al terzo. Finalmente, dirò essere state ammesse delle febbri quintane, settane, ottane, mensili, annuali, ec., secondo che gli accessi ritornavano tutti i cinque, i sei o otto giorni, tutti i mesi o tutti gl'anni. Ma di tutte queste varietà di tipi, il solo terzario doppio è quello che si osserva, gli altri sono puramente eccezionali, e molti probabilmente non esistono.

Storia. Descrizione. — Le febbri intermittenti sono state conosciute in tutti i tempi; se n'è fatto parola in molti trattati d'Ippocrate o sono state attribuite a questo grand'uomo. Esse furono descritte per la prima volta metodicamente da Celso, poi da Galeno ed altri autori Arabi. A contar da' secoli XVI.^o e XVII.^o queste malattie furono studiate con molta cura da un gran numero di autori. Non solo se ne fa parola in tutti i trattati di

piretologia e di patologia interna, ma sono state pure oggetto di molte dissertazioni e monografie, tra le quali si distinguono quelle di Morton, di Lancisi, di Werlhof, di F. Hoffmann, di Senac, di Strack, di Philipps, e le opere de' signori Nepple, Faure, Maillot, Bonnet, e le interessanti ricerche del Signor Piorry pel volume della milza (vedi appresso come compimento l'articolo *febbri perniciose*).

Divisione. — Molte importanti divisioni sono state proposte nello studio delle febbri di accesso. Così sono state distinte in *semplici*, *genuine*, o *benigne*, ed in *perniciose*; in *manifeste* o *lartate*; in *essenziali* o *sintomatiche*; in *regolari ed irregolari*: il valore di queste espressioni verrà da noi più appresso determinato.

DELLA FEBBRE INTERMITTENTE SEMPLICE.

La febbre intermittente dicesi *semplice*, *benigna*, quando caratterizzata solamente dagli accessi febbrili non si trova ligata ad alcuna delle complicitanze e gravi accidenti che potessero farla sconoscere, e che più spesso compromettono la vita.

Anatomia patologica. — La febbre intermittente, propriamente parlando, manca di *sede anatomica*; dunque non è caratterizzata sul cadavere da alcuna lesione la quale potesse esser considerata siccome il punto di partenza degli accidenti che hanno avuto luogo durante la vita. Si osserva però un' alterazione concomitante estremamente comune, la quale appena manca qualche volta; intendo parlare dell' aumentato volume della milza. Quest' organo, in fatti, il quale nello stato fisiologico non à, secondo Piorry, che 9 centimetri a 9 centim. 20 millim. di altezza, su 9 centimetri di larghezza, può acquistare delle dimensioni quadruple e pesare fino a 6 o 8 chilogramme. Il suo tessuto appena nello stato iperemico a principio, ingorgato di sangue, può ridursi in una polpa molle come nelle febbri tifoidee; questa grave alterazione però si osserva solamente nella varietà delle febbri intermittenti dette *perniciose*. In quella di cui parliamo ora, specialmente se si prolunga, la milza si trova piuttosto ipertrofiata, il suo tessuto s' indurisce nel momento stesso in cui il suo volume si aumenta; mai si osserva suppurazione. Torna inutil cosa il dire che l' infiammazione è estranea al prodotto di questa lesione.

Due medici militari, i signori Léonard e Folley, hanno annunciato nel 1845, all' accademia delle Scienze (seduta del 10 novembre) d' aver esaminato la composizione del sangue negli individui colpiti da febbre intermittente, e non aver trovato alcun cambiamento nella proporzione della fibrina, de' globetti,

nè de' materiali solidi del siero. Solamente quando la febbre si prolunga e che frequenti recidive hanno luogo, i differenti principi del sangue diminuiscono di proporzione; ma questa diminuzione à luogo specialmente su i globetti.

Sintomi. — Nella maggior parte de' casi, le febbri intermittenti sviluppano senza prodromi; al contrario è cosa comune osservare in ciascun accesso alcuni fenomeni precursori, come cefalalgia, ansietà, shadigli, e delle stirature, pallidezza, tendenza al sonno, ec. A questi sintomi di brevissima durata, succede tosto il freddo che indica il primo stadio della febbre.

Primo stadio o stadio del freddo. — Il freddo o brivido che costituisce il primo stadio d' un accesso varia moltissimo. Alcune volte i malati provano soltanto una sensazione di freddo parziale o generale ed affatto efimera. Nella maggior parte il freddo è più vivo; consiste in una oripilazione accompagnata da un certo fremito della pelle con protuberanza de' bulbi (*carne di pollo*). In fine il freddo può anche essere più intenso; determina allora lo stridor de' denti ed un fremito convulsivo delle membra (*rigore*). In generale, il freddo acquista intensione progressivamente. Limitato da prima ad una sola parte, alle estremità, al volto o ai lombi, si propaga poi a tutta la superficie del corpo; rimane soltanto circoscritto ad un punto ne' casi di febbre anomala, o negli accessi poco intensi. In questo primo stadio si osservano alcuni fenomeni particolari. Così quando il freddo comincia, le parti più lontane dal centro circolatorio, e specialmente le dita, il naso e le orecchie, si fanno fredde, lividastre: il corpo sembra diminuir di volume, in modo che gli anelli possono uscir dalle dita (G. Frank, Cullen). Se il freddo è intenso, la faccia color di piombo, e la pelle del corpo è spesso seminata di piastre marmoree, gl'occhi sono incavati, feroci; la testa piegata, le membra ravvicinate al troneo; la voce alterata, interrotta e tremante. Il malato accusa spesso dolori ottusi nelle membra, stirature ne' lombi, stringimento all' epigastrio, un dolore nella regione splenica, oppressione, palpitazioni, ansietà, e specialmente sulla superficie del corpo un pizzicore e la sensazione d' un freddo intensissimo. In generale, durante il freddo, il calor della pelle sembra diminuito al tatto. In molti casi però la mano osserva una temperatura normale ed anche più elevata dell' ordinario: numerose esperienze altre volte intraprese da Dehaën, da Home, e ripetute in questi ultimi tempi da signori Gavarret e Monneret, han provato, in fatti, che collocando un termometro sotto l'ascella di questi malati dava una temperatura elevata da 1 a 4 gradi al disopra della temperatura normale. Questo risultato è interessante a conoscersi, quantunque però sia in contradizione con analoghe esperienze altra volta praticate da Borsieri. In questo primo stadio

la pelle è ordinariamente secca ed arida ; il polso è frequente e depresso , la sete intensa ; le urine sono poco abbondanti ed aquee. Alcune volte vi sono vomiti biliosi , e Senac à spesso osservato l'emottisi , ciò si spiega pel rigurgito di sangue verso l'interno. Il freddo à una durata che varia da un quarto d'ora sino a cinque ore ; la durata media è di un' ora : la lunghezza e la sua intensione non sono necessariamente in rapporto con la gravezza dell' accesso. Questo primo stadio della febbre può anche mancare.

Secondo stadio o stadio del colore. — Il freddo dopo aver durato per qualche tempo , è sostituito dal calore più o meno considerabile il quale , cominciando dalle estremità , finisce col divenir generale. Sotto il rapporto della sua intensione , offre tutti i gradi compresi tra una leggiera sensazione di caldo ed un ardore bruciante. Le ricerche però del Signor Gavarret ànno provato che se nello stadio del calore la temperatura della pelle è più alta , questa elevatezza è però debole , poichè non oltrepassa se non d' un grado quella che si osserva nello stadio del freddo ; bisogna dunque spiegare allora la sensazione del calore vivo che provano i malati in un modo sì incomodo per una specie di perversimento della sensibilità. Durante questo secondo stadio, la cefalalgia e la sete continuano , l'ansietà e l'oppressione diminuiscono o finiscono , il polso si fa ampio ; l'urina è rossa , poco bruciante ; la faccia iniettata ; tutto il corpo , che sembra ammisero durante il freddo , pare ora gonfiato ; finalmente , la pelle , dapprima secca , si umetta di più in più. La durata del secondo stadio varia tra una a dodici ore ; d'altronde è raro vederlo prolungare al di là di quattr' ore. Il periodo del calore può anche mancare , ma più raramente dello stadio del freddo.

Terzo stadio o stadio del sudore. — Il sudore si manifesta prima alla testa , al petto , ed occupa finalmente tutto il corpo. Può anche consistere in un leggiero umettamento o essere talmente abbondante da scorrere da tutte le parti e penetrare le biancherie del letto. Quando si stabilisce , tutti i sintomi incomodi si ammansiscono : così la cefalalgia , l'ansietà , i dolori , la sete , spariscono , il polso perde la sua frequenza ed addiuvine cedevole. Altre volte si diceva che le urine , rosse , poco abbondanti , depositavano allora un sedimento color mattone abundantissimo , mentre la superficie si copriva d' una pellicola aderente alle pareti del vaso. Ma oggi è dimostrato che l'urina raramente presenta le qualità che vado a descrivere. La durata del sudore è a poco presso simile a quella de' due stadi precedenti.

In somma , la durata totale dell' accesso non è mai minore d' un' ora e non oltrepassa le diciotto. La durata media varia tra quattro a dodici ore.

Apiressia. — All' accesso succede uno stato di apiressia: raramente però la salute è perfetta. Quindi la maggior parte dei malati sono oppressi; hanno meno appetito, le forze son diminuite, la fisionomia è pallida, vi è cefalalgia, le digestioni sono stentate: intanto alcuni individui, ne' giorni liberi, non provano alcun mal' essere, sembrano essere nello stato di perfettissima salute. Ciò succede soltanto quando l' intermittenza è prolungata come nelle febbri terzane o quartane; nelle quotidiane, al contrario, raramente i malati vanno esenti da sofferenze. La lunghezza dell' intermittenza varia secondo il tipo della febbre: il ritorno degli accessi alcune volte è invariabilmente stabilito alla stessa ora; altre volte anticipa o posticipa di più ore. Alcuni si ravvicinano talmente, che il secondo comincia anzichè il primo sia intieramente terminato; allora la febbre prende il nome di *subentrante*.

Varietà. — Si è preteso che nelle febbri quotidiane gli accessi avevano luogo la mattina per tempo, che cominciavano dalle dieci ore a mezzo giorno nelle terzane, e da tre a cinque ore nelle quartane; ma il Signor Maillot à provato che nessuna regola fissa poteva essere stabilita a questo oggetto. Più, l'epoca della giornata (quasi tutti gli accessi hanno luogo il giorno) nella quale gli accessi febbrili hanno luogo, come pure il tipo, variano secondo gl' individui, le stagioni ed i climi, ed anche secondo le costituzioni regnanti e le epidemie. Credo però potere stabilire in modo generale, dietro un riassunto che ò fatto e che contiene più di cento sessanta mila febbri intermittenti osservate in diversi paesi, che le febbri quotidiane sono più comuni delle terzane nella proporzione di nove ad uno, e che le febbri quartane sono sì rare in modo che se ne osservano soltanto due o tre sopra mille. Pensiamo in oltre, in opposizione al Signor Boudin, non esservi alcun rapporto tra il tipo della febbre e l' intensione della eliminazione della materia miasmatica.

In alcuni casi, le febbri intermittenti cambiano una o più volte di tipo: così, da terzane passano a quotidiane, e viceversa, ec. Paragonando gli accessi tra loro, si osservano più distinti, ed i loro tre stadi più marcati, in quanto la febbre si rinnovella più spesso. Altre volte, al contrario, la febbre sembra invecchiarsi a poco a poco, a misura che si riproduce; allora gli accessi diminuiscono non solo d' intensione, ma spesso accade che uno o due stadi mancano completamente. Allora gli accessi si dicono incompleti.

Nella maggior parte de' casi, la febbre intermittente si manifesta tal quale l' ò precedentemente descritta. Pinel commetteva dunque un errore quando pretendeva non esistere febbre intermittente semplice, cioè che non fosse al suo sviluppo nè infiammatoria, nè mucosa, nè biliosa, nè adinamica, nè atassica

ec. In fatti, sono queste altrettante complicate che si osservano in certi casi eccezionali ed imprimono alla malattia un aspetto particolare. Così quando la febbre si complica ad uno stato infiammatorio, il freddo è generalmente breve, ma intensissimo; il secondo stadio al contrario è più lungo, il calore più scottante; esistono segni di congestione alla testa ed al petto; la china-china produce effetti negativi ed incerti, se prima non si adoperano i salassi. La febbre intermittente complicata ad infiammazione, offre generalmente il tipo quotidiano o il terzario doppio; tende a mutarsi in tipo subcontinuo o remittente; finalmente i segni di pleora persistono durante l'apiressia. Questa complicità si osserva specialmente negl'individui giovani e robusti.

Se la febbre intermittente si complica allo stato bilioso, questo generalmente si fa grave durante l'accesso; persiste nello stato di apiressia, la quale è allora spesso incompleta ed accompagnata da mal'essere. La china-china è efficace soltanto quando la complicità gastrica è stata distrutta. La forma biliosa si osserva frequentemente nelle febbri intermittenti le quali regnano nella Bresse nelle stagioni estivo ed autunnali (Nepple). Lo stato mucoso o catarrale può anche complicare la febbre intermittente; ciò si osserva specialmente in tutti gl'individui deboli che vivono in luoghi umidi e bassi. Per le forme adinamica ed atassica bisogna considerarle siccome varietà delle febbri perniciose; di ciò ne parleremo a suo luogo.

Durata. — Le febbri intermittenti hanno una lunga durata. Si son vedute prolungarsi tanto più in quanto gli accessi erano più lontani. Così le febbri quotidiane sono più brevi delle terzane, queste più delle quartane. Alcune febbri di primavera finiscono spontaneamente dopo quattro o cinque accessi; altre dopo trenta o quaranta. È facile pur vedere accessi i quali si rinnovano senza interruzione per molti mesi ed anche per molti anni. In questi casi, si osservano molti accidenti consecutivi, i quali sono: color giallastro della pelle, ingorgo della milza, idropisia.

Accidenti consecutivi. — 1.° In molti individui, bastano tre o quattro accessi di febbre intermittente perchè la pelle del corpo prenda un colorito giallo tutto particolare, caratteristico, impossibile a descriversi. Questo colorito, il quale non à alcun rapporto nè con quello dell'itterico nè con la tinta giallo-paglia della cachessia cangrenosa, è molto marcata al volto; sta sempre ligata ad un depauperimento del sangue, il quale è allora sieroso, meno abbondante, e dotato di poca febrina e materia colorante. Prima della scoperta della china-china, molti malati perivano in questo stato di cachessia.

2.° L'ingorgo della milza è uno degli effetti più ordinari della febbre; ma non è giusto il dire che l'organo splenico accresca di volume in tutti i casi di febbre intermittente, poichè molte

eccezioni si trovano a quest' oggetto. L' ingorgo della milza sembra più frequente nelle febbri terzane e quarane anzi che nelle quotidiane. Si osserva solamente mediante la percussione, se è poco considerabile; ma nella maggior parte de' casi, la palpazione fa conoscere che l' organo oltrepassa le coste; qualche volta può discendere sino al livello dell' ombellico o della cresta iliaca, e sollevare allora la parete addominale (*placenta febrilis*). Il Signor Piorry, il quale molto si è occupato in questi ultimi tempi della esplorazione della milza nella febbre intermittente, ha notato che la metà de' malati circa (82 su 171) accusavano un dolore o senso di peso nell' ipocondrio sinistro. Questo dolore spesso si manifesta soltanto nel primo stadio; altre volte si risveglia solamente sotto il tatto o la percussione sulla regione splenica. In alcuni casi, il fegato è pure aumentato di volume, ma sempre meno assai della milza.

3.° Finalmente differenti idropisie possono esser conseguenza delle febbri intermittenti prolungate. Alcune volte vi è solamente un poco di edema a' malleoli e poco enfisema alla faccia; altre volte l' idropisia è generale (anassarca), nello stesso tempo molto siero si forma nell' addome.

La cefalalgia è anche un sintomo che può perdurare in modo incomodo nel tempo della convalescenza. Volendo trar conseguenza dall' efficacia del salasso in questi casi, il dolor di testa, pare, doversi attribuire ad uno stato congestivo del cervello.

Questi diversi accidenti persistono in generale più o meno lungo tempo dopo finita la febbre. Ho detto che la febbre guarisce spontaneamente. In questi casi la sua intensione diminuisce progressivamente: intanto qualche volta la si vede cessare bruscamente, quando per esempio il malato cambia di luogo, o dietro una violenta scossa morale, o in seguito dello sviluppo di altra affezione.

Ricadute. — Nessun' altra malattia porta seco le ricadute così frequenti quanto le febbri intermittenti. Esporsi al freddo, all' umido, l' uso de' purganti, sono le cause ordinarie delle ricadute. Queste sono più frequenti dopo che le febbri sono state guarite mediante gli antiperiodici anzi che quando guariscono spontaneamente. Le ricadute sono più a temersi per quanto la febbre è stata di più lunga durata e la stagione più fredda. In generale, le febbri presentano nelle loro ricadute lo stesso tipo ed a poco presso gli stessi fenomeni che avevano nel primo loro sviluppo. Alcuni autori, Strack specialmente, han detto che quando la febbre recidivava, i novelli accessi ritornavano lo stesso giorno e la stessa ora come se gli antichi si fossero riprodotti senza interruzione; ciò però non è ancora dimostrato; lo stesso si dica dell' opinione di Werlhof, il quale non solo ammetteva

de' giorni, ma anche delle settimane *parossistiche*; pretendeva che la febbre terzana ricadeva spesso nella seconda settimana, e la febbre quartana nella terza.

Senza pretendere, con alcuni medici ottimisti, che le febbri intermittenti, sono movimenti salutari della natura, è però vero che, in alcuni casi, hanno migliorato le costituzioni deboli, o portato la guarigione di gravi malattie restie sin allora a tutti i mezzi terapeutici (epilessia, pazzia, nevralgie, ec.). Bisogna però riguardar questi fatti, i quali hanno per essi l'autorità di Boerhaave, d'Hoffmann, di Strack, di Werlhof, siccome casi eccezionali; poichè è più facile veder febbri intermittenti prolungate alterare la costituzione generale, e gravare le malattie preesistenti. Si è veduta pure la febbre, quando assaliva la donna gravida, provocare l'aborto o il parto prematuro. Si è pur detto che in questi casi molti fanciulli erano essi medesimi colpiti da febbri intermittenti, manifestandosi alla stessa ora di quella della madre. In fine, malattie gravi sono state osservate, così l'etisia, lo scorbuto ed il diabete, dietro gli accessi ripetuti di febbre intermittente. Sydenham ha pur anche accennato una specie di mania consecutiva delle febbri specialmente di quella a tipo quartano. Ma queste osservazioni non sembrano essere state confermate da altri medici; lo stesso Senac non ha mai osservato fuorchè un caso analogo, ed il Signor Baillarger ne ha veduti solamente due. D'altronde è probabile non esservi stata che una semplice coincidenza.

Diagnosi. — La diagnosi della febbre intermittente regolare (la sola della quale ora parlo) non presenta alcuna difficoltà; la successione de' tre stadi e la ricomparsa periodica degli accessi non possono far confondere la malattia con altra affezione. Ne' ragazzi però specialmente in quelli molto giovani, la diagnosi può presentare qualche incertezza, perchè gli accessi ordinariamente sono incompleti: quindi, non potendo interrogare le sensazioni de' malati, il freddo manca o passa quasi inosservato; il sudore è spesso poco abbondante. Diciamo infine che gli accessi, quasi sempre quotidiani, ritornano ad ore irregolari e sono generalmente molto lunghi; quindi si è esposti a non poter stabilire l'apiressia. Per poter conoscere il carattere della malattia, bisogna osservare il ragazzo per quanto più spesso possibile, e circondarlo di persone che sapessero osservarlo. Bisogna pure esplorare il ventre, ed il più delle volte si proverà dopo alcuni accessi solamente una tumefazione della milza, la quale aiuterà a fissare la diagnosi.

Pronostico. — Le febbri intermittenti di primavera e le sporadiche sono generalmente più facili a guarirsi, e sono meno recedive di quelle autunnali ed epidemiche. Le febbri quartane sono più ostinate delle terzane e delle quotidiane. L'infanzia, la

vecchiala, una costituzione debole, le affezioni croniche preesistenti degli organi digestivi, sono condizioni incommode. Gli accessi la cui intensione si accresce a misura che si riproducono, indicano in generale che la febbre non tende a terminare. Finalmente i fenomeni consecutivi di cui parlo costituiscono una circostanza pericolosa, a causa della lentezza colla quale si dileguano.

Etiologia. — Pochi luoghi son quelli dove non si osservano le febbri intermittenti, almeno nello stato sporadico. Sembra però essere sconosciute nelle Indie orientali (Bontius), al capo di Buona-Speranza, in Irlanda ed in certe parti della Svezia e della Russia. Una latitudine geografica elevata, variabile ne' due emisferi, può essere, per quanto si crede, incompatibile, colla manifestazione endemica delle malattie paludose. Così Petresbourg, nel 59.° grado latitudine nord, e l'isola Maurizio, verso il 20.° grado latitudine sud, sono, malgrado le loro paludi, esenti, come si dice, dalle febbri intermittenti. Queste malattie regnano soltanto in modo epidemico ne' contorni delle paludi, delle riviere, de' maceratoi di canape, e generalmente in tutti i luoghi di acque stagnanti posti sopra un suolo poco permeabile, e che contengono materie vegetabili in putrefazione. Questi focolari di infezione, i quali esistono in Francia specialmente in gran numero nella Bresse, la Brenne e la Sologne, benchè permanenti, non anno però la stessa energia in tutte le stazioni. In fatti, si è convinti che le emanazioni paludose, acquisterebbero una forza maggiore alla fine dell'està e durante l'autunno, stagioni, durante le quali, le acque stagnanti sono basse, ridotte alla parte fangosa, la quale pel suo contatto coll'aria e l'azione del Sole, sviluppa maggior quantità di miasmi. Generalmente può con ragione stabilirsi, che l'attività delle esalazioni paludose si accresce a misura che si progredisce dal nord verso il mezzo giorno. Si è pur conosciuto che gli stagni situati sulle rive del mare sono più mortiferi di quelli formati soltanto dalle acque di poggia o di riviera, forse per la grande quantità di materie facili a putrefarsi che le alte maree trasportano ne' primi. Si osservano anche le febbri intermittenti svilupparsi ne' terreni bassi ed umidi, per effetto delle praterie artificiali, nelle strade senza pavimenti e piene di letame, quando si dissoda un suolo incolto, umido, contenente molti avanzi vegetabili, siccome è stato spesso osservato presso i coloni del Nuovo-Mondo.

In tutte queste condizioni, si ammette lo sviluppo di certi principi più o meno attivi, chiamati *effluvi* (Lancisi), *miasmi*, *emanazioni*, *esalazioni*, i quali infettano l'aria e la rendono capace di produrre la febbre intermittente: sin ora però non si è ancora potuto sospendere ed isolare questo principio deletereo; ignoriamo la sua natura ed il modo d'agire, e tutte le teorie

stabilite sin ora a questo scopo sono ridicole ed insufficienti. Bisogna però ammetterle nell'aria de' stagni una causa specifica; poichè l'umidità rappresenta soltanto un'azion secondaria: i facchini a Parigi, i quali faticano sempre nell'acqua sulle rive della Senna, sono nonostante poco soggetti alle febbri intermittenti, siccome risulta dalle belle ricerche di Parent-Duchâtelet. Il calore atmosferico, secondo noi, agisce soltanto attivando la putrefazione delle materie vegetabili e la volatilizzazione de' principi mortiferi. Conosco però che il signor Faure ha citato alcuni fatti per provare che la febbre intermittente poteva svilupparsi ne' paesi secchi, aridi, e sotto l'influenza soltanto d'una temperatura elevata: ma per convincere, il Signor Faure avrebbe dovuto descrivere più completamente la topografia delle località di cui parla, la natura del suolo, ed i luoghi circonvicini. Ma anche supponendoli esatti, questi fatti sono eccezionali, e l'autore non sarebbe autorizzato a concludere, siccome lo ha fatto, che il calore è la causa più generale delle febbri intermittenti.

In generale, si può dire, che i miasmi paludosi sono più pesanti dell'aria; sono più ammassati nelle parti basse. Lancisi ha pur provato che la loro attività si trova al suo maximum dopo il tramonto del sole, perchè allora i vapori rarefatti e dispersi dal calor del giorno, si trovano condensati e precipitano verso la terra.

La sfera di attività degli effluvi paludosi varia molto secondo i climi, le topografie, lo stato calmo o agitato dell'aria, la sua temperatura e la sua igrometria. Ne' nostri paesi temperati, e quando l'atmosfera è tranquilla, l'altezza alla quale possono alzarsi queste esalazioni è stata calcolata a 4 o 500 metri, mentre la loro propagazione nella direzione orizzontale sarebbe soltanto di 2 a 300 metri. In alcuni paesi caldi però la sfera di attività s'ingrandirebbe di molto; così nello Indie, per esempio, si son veduti vascelli lontani 1,500 tesi dal focolaro d'infezione sperimentare i funesti effetti (Montfalcon).

Questo passaggio di effluvi nell'aria spiega alcune particolarità degne di esser menzionate, come la comparsa delle febbri intermittenti sulle alte montagne, ne' luoghi secchi e salubri. Si veggono pure i paesi vicini a stagni esser preservati dalla febbre, perchè una foresta o una collina che li separa intercetta completamente la trasmissione de' miasmi, mentre questi vanno ad agire in luoghi più lontani. In fatti, per ragione di tale o tale esposizione, di tale o tale ostacolo, alle propagazioni de' miasmi, si veggono, ne' paesi paludosi, un quartiere, una strada, una porzione di case sperimentare la trista influenza dell'infezione, mentre i punti più vicini ne vanno esenti.

La scienza possiede un gran numero d'osservazioni riportate specialmente da Lancisi, da Lind, da Nepple, ec., le quali provano che le emanazioni paludose possono esercitare sugli individui che vi si espongono un'azione viva ed istantanea, la quale varia dal semplice mal'essere ed un accesso febbrile sino agli accidenti i più gravi ed anche la morte fulminante. In generale, però, vi è un periodo d'incubazione la cui durata varia da un giorno a molte settimane, ma nella maggior parte de' casi non oltrepassa il settimo giorno. Ciò spiega perchè la febbre si sviluppa spesso negl'individui i quali, da qualche giorno si erano allontanati dal focolaro d'infezione. Sembra provato che l'abitudine indebolisce l'attività degli effluvi in certi individui; ciò almeno risulta dalle osservazioni fatte da Lancisi, da Lind e dal Signor Maillot. Si dice che l'influenza delle razze può rendere l'organismo ribelle all'azione degli effluvi paludosi. Quindi si legge nel numero di marzo 1813 della *Revue des deux mondes*, che nella Florida, ove infezioni paludose esistono, la razza bianca è decimata dalle malattie che produce questa causa deleterea, mentre i negri resistono alle stesse influenze. Diverse cause debilitanti, come gli errori dietetici, i patemi di animo, le malattie, sembrano altrettante circostanze le quali rendono più suscettibili gl'individui all'azione miasmatica, ed abbreviano il periodo d'incubazione. E certo che le febbri intermittenti non sono contagiose.

Cura. — Molti medici del secolo passato, ed anche alcuni de' nostri contemporanei, poggiandosi sull'autorità di Galeno e di Boerhaave, hanno consigliato di lasciar durare per qualche tempo le febbri intermittenti le quali non minacciavano la vita degl'individui. In fatti volevano che i febrifughi fossero amministrati soltanto dopo il settimo giorno. Questa pratica però è priva di razicinio; essa è soltanto fondata sulla opinione erronea consistente nel guardar la febbre come un movimento deputativo della natura, il quale poteva esercitare una felice influenza sulla costituzione. Torti però, Werlhof, Strack, Lind, Senac, ec., hanno combattuto questo metodo dell'aspettazione; al contrario, hanno consigliato di guarire la febbre il più presto possibile, perchè il ritorno di cinque o sei parossismi non è sempre esente da inconvenienti, che anzi, spesso, si è veduta una febbre benigna cambiar bruscamente di carattere e farsi perniziosa. Bisognerà dunque guarire sollecitamente la febbre da che l'esistenza sarà stata stabilita.

La cura delle febbri intermittenti comprende: 1.° le attenzioni che bisogna prestare al malato durante l'accesso; 2.° i rimedj che debbono prevenire il ritorno della febbre.

1.° *Cura dell'accesso.* — Wilson Philipps stabilì come principio, nel suo trattato delle *febbri intermittenti*, che nella cu-

ra de' parossismi si deve tendere a metter fine allo stadio presente sollecitando quello che deve succedergli. Quindi nello stadio del freddo si sollecita il calore, e durante il calore si eccita la comparsa del sudore. Per soddisfare a queste due indicazioni, bisognerà, durante il freddo, avvolgere il malato con panni caldi, amministrandogli qualche dose d'infusione calda aromatizzata. I salassi, i purganti, ed i vomitivi, raccomandati da alcuni autori di quell'epoca, sono nocivi e spesso pericolosi. Durante il calore, si continua l'uso delle bevande tiepide, ma leggermente acidolate; Lind consiglia pure l'amministrazione dell'oppio. Dice, in fatti, questo giudizioso medico, che dato al principiare del calore, l'oppio abbrevia la durata dell'accesso, fa cessare la cefalalgia, il mal'essere, l'agitazione, provoca il sonno tranquillo e procura un abbondante sudore: Cullen consiglia la stessa pratica. Nell'ultimo stadio, il malato bevè tiepido, perchè l'esalazione cutanea non sia sospesa. Se il sudore fosse troppo abbondante, la biancheria bagnata sarà sostituita da quella secca e calda; e se il malato fosse molto spossato, farà uso di qualche cucchiaino di vino generoso o d'una sostanza tonica qualunque.

Durante l'apiressia, due ordini di mezzi possono essere impiegati: gli uni *diretti*, hanno per iscopo d'impedire il ritorno degli accessi; questi sono i *febrifughi*; gli altri *indiretti*, servono a combattere alcuni accidenti i quali potrebbero contro indicare i primi.

1.º *Mezzi indiretti*. — I principali sono il salasso, i vomitivi i purganti.

Il salasso è indicato quando vi è complicità infiammatoria, ed il periodo del calore è intensissimo, prolungato, ed esistono segni d'una viva congestione viscerale, sia durante l'accesso, sia durante l'apiressia. Il salasso non sarà mai praticato nello stadio del freddo; per praticarlo si scieglierà lo stadio del calore od il periodo dell'intermittenza. Siccome tutti i rimedi disturbatori, qualche volta il salasso a sospeso il corso degli accessi e guarito la febbre.

I vomitivi ed i purganti saranno soltanto amministrati in caso di complicità biliosa; si scieglierà per amministrarli il momento dell'apiressia che sarà il più lontano da' due accessi; i purganti amari debbono preferirsi, così il rabarbaro; le foglie di pesco o la magnesia.

2.º *Mezzi diretti o febrifughi*. — La china-china è il febrifugo per eccellenza, tra tutte le preparazioni di china-china il solfato di chinina è quella da preferirsi. Questo sale si amministra alla dose di 25, 50, 100 e 150 centigramme in polvere, in pillole o in sciroppo. Comunque si amministra per bocca; può anche darsi per clisteri, ma la sua azione è

meno sicura ; si è anche introdotto col metodo endermico. Abbiamo sperimentato col signor Chomel quest' ultimo modo di amministrarlo , e ci siamo assicurati che il sal di chinina , applicato soltanto due ore prima dell' accesso poteva completamente impedirlo , mentre dato per bocca , avea bisogno d' un tempo più lungo. Il solfato di chinina applicato sulla pelle denudata , à l' inconveniente di determinare spesso delle escare e delle ulcerazioni dolorose , la cui guarigione à luogo lentamente , quindi ne' casi in cui la febbre intermittente è semplice e non compromette la vita , bisogna preferire l' introduzione nello stomaco.

Il solfato di chinina dato durante o poco prima dell' accesso , siccome lo voleva Torti , non lo modifica affatto , ma può impedire l' accesso seguente. Convien dunque amministrarlo il febrifugo durante l' apiressia ; e , siasi che si amministri a dosi rifratte , come lo indica Sydenham , od in una sola volta , come usava Torti , per impedire sicuramente l' accesso , bisogna , *che il medicamento sia preso almeno otto o dodici ore prima dell' invasione probabile della febbre.* Quando il solfato di chinina , amministrato come abbiamo detto , à soltanto diminuito l' accesso , bisogna supporre che la dose è stata insufficiente , e bisognerà aumentarla. L' uso del febrifugo sarà continuato per molti giorni di seguito : in generale , per otto giorni nelle febbri quotidiane , quindici giorni per le terzane , tre settimane per le quartane. Molti medici usano allora di diminuire la dose del medicamento ; ma ne avviene che l' economia abituata alle dosi generose , non risente l' influenza delle minime. Bisogna dunque , all' esempio di Sydenham , quando la febbre è troncata , sospendere l' uso del medicamento per qualche giorno , e quindi darlo ad alte dosi con certi intervalli , e scieglier sempre per questa amministrazione il giorno in cui l' apiressia doveva aver luogo se gli accessi avessero continuato.

Alcune condizioni però modificano l' uso del solfato di chinina ; quindi in caso di coliche o di diarrea , il febrifugo sarà unito ad una certa quantità d' oppio. Ne' ragazzi si combinerà con una sostanza aromatica come l' anisi , per mascherare il sapore amaro , o si unirà al latte e caffè ; o pure all' esempio del Signor Trousseau , si amministra la china-china alla dose di 20 a 40 centigramme. In quest' ultimi tempi , ànno consigliato , per quelli di temperamento nervoso , irritabili di sostituire al solfato il valerianato di chinina , il quale avrebbe il vantaggio d' esser amministrato a dose più mite (Devay). Mancando il solfato di chinina , si potrebbe prescrivere la china sotto forma di estratto alla dose di 8 o 16 gramme , o pure in polvere alla dose di 16 a 60 gram. sotto forma di bolo.

Il solfato di chinina, del quale ignoriamo il modo di agire, è assorbito ed in parte eliminato dalla secrezione renale. Lo si trova in fatti nelle urine, dove vien separato dal joduro di potassio jodurato, il quale determina un precipitato giallo-arancio simile alla polvere di cannella o di china-china gialla. Il sal di chinina può anche conoscersi concentrando il liquore ed esaminandolo col microscopio; si scovono allora de' cristalli moltilateri, allungati aggruppati a guisa di ventaglio o di foglie di felce, la maggior parte sono irregolari e come amorfi.

Altre sostanze sono stata vantate siccome febbrifughe; menzionerò specialmente la salicina, la polvere di agrifoglio, l'ulivo d'Europa, il ferro, il mercurio, l'antimonio, la gelatina, l'oppio, la fava di Sant' Ignazio, la digitale, l'arnica, il sal marino, l'allume, il fosforo, la corteccia d'arancio ec; ec; tutte queste sostanze non meritano alcuna fiducia. In questi ultimi tempi, il Signor dottor Boudin à cercato di usare altra volta l'acido arsenioso, da molto tempo impiegato in Alemagna. Il Signor Boudin lo amministra alla dose di mezzo millesimo in un cucchiaino d'acqua, cinque o sei ore prima dell'accesso; quando questa prima dose non produce effetto, ne dà una millesima parte. I fatti numerosi citati dal Signor Boudin debbono suscitare qualche fiducia, essi autorizzano l'uso dell'acido arsenicale soltanto ne' casi ribelli alla china-china; bisogna però usare molta circospezione nell'amministrazione d'un rimedio così pericoloso, e mai oltrepassare le dosi già indicate, e per maggior cautela, il medico presiederà alla preparazione ed all'amministrazione del rimedio (1).

Finalmente il Signor Thomas à cercato di provare, nel 1839 nel *Recueil de la Société d'Indre-et-Loire*, che il cloruro d'ossido di sodio era efficacissimo, per prevenire le ricadute, ed era perciò preferibile alla china-china. Però i fatti riuniti dall'abile medico di Tours mi son sembrati insufficienti, ed ànno bisogno di novelli esperimenti.

Accidenti consecutivi. — La cefalalgia che continua dopo la guarigione degli accessi, cede ad un salasso generale. L'ingorgo della milza, le idropisie, la tinta gialla e cachetica,

(1) Acido arsenicale 0, 010 gramma (un. 5. di granello); aggiunte successivamente, ed in parti eguali, 1 gramma (18 granelli) di Zucchero di latte; triturate almeno per 10 minuti in un mortaio, e dividete in 20 cartelle delle quali ciascuna conterrà una 1/2 milligramma d'acido (un 100 di granello). O pure, prendete: arseniato di soda 0, 010 gramme (un 5. di granello), sciogliete in acqua distillata in sufficiente quantità, saturate una sufficiente quantità di amido, e dividete il tutto in 20 pillole. Se ne dà una o due nelle ventiquattr'ore, cioè un 100. o un 50. di granello. In questi ultimi tempi, il Signor Boudin à dato l'acido arsenicale a dose maggiore; ma diciamo che questa condotta non deve essere imitata.

indicano l'uso degli amari, de' diuretici, delle frizioni secche ed aromatiche. S'insisterà specialmente sull'uso del solfato di chinina, combinandosi utilmente con un preparato di ferro nei casi di anemia (sotto carbonato, lattato o limatura di ferro). Il solfato di chinina agisce specialmente contro l'ingorgo della milza; la dose di questo medicamento deve qualche volta essere aumentata a molte gramme. Spiega spesso un'energica azione; il Signor Piorry pretende pure che la regione splenica comincia a diminuire alcuni minuti dopo l'uso del rimedio. Vi sono casi però, e noi ne abbiamo numerosi esempli, in cui la milza conserva un volume considerabile, malgrado l'uso del sal di chinina; nonostante la salute generale si ripristina quasi in tutti; ciò mena a concludere che l'inefficacia del rimedio non è dovuta, come altri han detto, alla presenza nella milza di alcuni prodotti tubercolosi o carcinomatosi.

Malgrado l'uso di questi mezzi, alcuni individui non possono ristabilirsi, e ne quali recidive di febbre hanno luogo dopo brevi intervalli. In questi casi si consiglia al malato di abbandonare il paese: mentre il cambiamento d'aria basta spessissimo per ristabilirlo.

Nessun mezzo profilattico esiste contro le febbri intermittenti quando uno si espone alle cause che le sviluppano; ma sta quasi in poter dell'uomo d'impedire lo svolgimento di queste malattie, o almeno impedire che regnassero epidemicamente, disseccando le paludi e rendendo salubri i paesi. Il Signor Villerme à provato, per esempio, che altre volte a Parigi si vedevano quasi tutti gli anni epidemie di febbri di accesso, mentre col pavimento delle strade, la facilità con la quale le acque scorrono sono affatto scomparse, facendo così cessare le cause che sviluppano i miasmi.

Natura della malattia. — Molte ipotesi sono state inventate dagli autori per spiegare la sede e la natura della febbre intermittente; ma questo mistero è rimasto ancora impenetrabile; poichè nessuna ricerca à fin ora anatomicamente fissato il punto di partenza. Alcuni moderni autori, trovano, è vero, delle lesioni nel tubo digestivo e de' centri nervosi; ma dalla lettura delle loro opere si potrà esser convinti che la maggior parte di queste alterazioni sono cadaveriche, e le altre, puramente accidentali e variabili secondo gl'individui, appartengono alle complicità ed affatto alla malattia principale. La milza essendo il solo organo che presenta un'alterazione quasi costante, han cercato, in diverse epoche, di collocare in questo viscere la sede delle febbri intermittenti. Il Signor Audouard, e recentemente il Signor Piorry, sono i medici i quali hanno sostenuto questa opinione con maggior convincimento e talento. Il primo crede che nella febbre intermittente esiste primitivamente un'al-

terazione del sangue per effetto del miasma paludoso ; quest' alterazione determina la congestione della milza ; ma quest' ultima lesione è quella la quale secondo quest' autore , produrrebbe l' intermittenza del movimento febbrile. L' opinione del Signor Piorry differisce dalla precedente in quanto che questo professore non ammette che l' alterazione del sangue produca direttamente la febbre di accesso ; secondo lui, il veleno paludoso agirebbe direttamente sulla milza per una specie di azione elettiva, e determinerebbe, consecutivamente alla lesione di questo viscere, la febbre intermittente. Serie obbiezioni possono esser opposte a questa dottrina. Quindi è dimostrato che la milza non è sempre ingorgata nelle febbri intermittenti ; quest' ingorgo può durar lungo tempo dopo che l' accesso è finito ; può pure, siccome l' à osservato il Signor Nepple, svilupparsi o aumentarsi quando la febbre è scomparsa. In fine si veggono frequentemente considerabili ingorghi della milza senza che piressia abbia mai esistito. Concludiamo dunque con la maggior parte dei medici che l' alterazion della milza che si osserva sì comunemente nelle febbri intermittenti altra cosa non è se non l' effetto della febbre stessa, siccome lo sono le idropisie, lo stato anemico ed il colorito speciale de' tegumenti.

Torna inutil cosa disentere per provare che la febbre intermittente non è una infiammazione. Diremo forse essere una nevrosenia (Giannini), una nevrosi (Brachet e Rayer), una irritazione cerebro-spinale (Maillot), un' affezione del sistema gangliolare (Worms) ? Sembrerebbe natural cosa rannodare ad un perturbamento nervoso i principali sintomi della malattia. Però nulla sappiamo di positivo, e convien piuttosto confessare la nostra ignoranza anzichè velarla con parole misteriose che recherebbero grande imbarazzo nel volerle definire. Non solo àn voluto localizzare la febbre intermittente, ma àn preteso ancora spiegare la sua periodicità. A questo scopo opinioni stravaganti sono state emesse, delle quali, crediamo nostro debito non farne parola.

In breve, nella storia della febbre intermittente, bisogna persuadersi che noi ignoriamo ciò che costituisce il miasma, su di qual organo esercita la sua azione, ed in che modo la china-china agisce per neutralizzarlo.

DELLE FEBBRI INTERMITTENTI PERNICIOSE.

Si dà il nome di *perniciose* alle febbri intermittenti le quali, in ragione della loro gravezza o del loro rapido corso, possono terminar colla morte con un solo accesso.

Storia. — Benchè Ippocrate, Praxagora e gli Arabi abbiano veduto alcune febbri intermittenti accompagnate da mortali

accidenti, può dirsi però che il carattere delle febbri perniciose fu completamente sconosciuto da' medici sino al secolo XVII.^o epoca in cui comparvero i travagli di Mercatus; Morton però fu il primo che descrisse con qualche precisione queste malattie, ed in qualche modo ne creò il metodo curativo. Dopo Morton, videro la luce le immortali ricerche di Werlhof, di Lauter, di Senac, di C. Medicus, di Comparetti, e specialmente quelle di Torti, il quale non solamente descrive con ammirabile precisione il carattere delle febbri perniciose, ma à stabilito in oltre saggissimi precetti terapeutici, i quali ci servono ancora di norma. I moderni autori poco ànno aggiunto a quel che questi celebri maestri ci àn lasciato. Si leggeranno però con gran frutto i libri d' Alibert e del Signor Maillot.

Varietà. — Vi sono molte specie di febbri perniciose; alcune sono caratterizzate per l'insieme de' sintomi gravi, senza predominio di alcuno di essi. Così a ciascun accesso la fisionomia è profondamente alterata, la prostrazione è grande, il polso è piccolo ed irregolare, l'intelletto ottuso, la lingua secca; nella maggior parte de' casi però si osserva un sintomo predominante il quale fissa l'attenzione e costituisce tutto il pericolo della malattia.

La febbre può esser perniciosa per l'esacerbazione dello stadio del freddo: questa è la *febbre algida*; e dello stadio del sudore; e questa è la *febbre diaforetica*.

1.^o La febbre *algida* è caratterizzata da un freddo intenso e generale che i malati spesso ignorano, e durante il quale la faccia à l'aspetto cadaverico. I malati piangono; l'agitazione è estrema; la sete è viva, l'alito freddo, la voce estinta, il polso piccolo, frequente, irregolare o raro; l'intelletto rimane intatto in mezzo a trambusti così profondi. La morte può aver luogo sin dal primo accesso. Se l'individuo non muore, il calore si manifesta lentamente ed è poco considerabile. Nella intermitenza, il malato resta debole e sofferente.

Se un pronto rimedio non viene applicato, la malattia è generalmente mortale al secondo accesso. Nella maggior parte de' casi, la febbre algida non è altro se non che la esacerbazione del primo stadio; è il freddo più intenso più lungo del solito. Però in alcune circostanze, i sintomi dello stato algido si manifestano ad un tratto in mezzo al secondo stadio, e durante la reazione semplice d'una febbre apparentemente benigna. Questo stesso corso fu ordinariamente osservato in Africa dal Signor Maillot.

2.^o La febbre *diaforetica* è una delle più insidiose. I suoi due primi stadi, in fatti, in nulla differiscono comunemente da quelli d'una febbre intermittente benigna; alcune volte però il periodo del sudore è un poco più precoce. In questa forma,

quando la pelle si umetta, i malati si sentono sollevati; ma tosto il sudore è talmente eccessivo che penetra tutte le parti del letto; i malati sentono freddo; le forze si abbattano; il polso è estremamente piccolo; l'intelletto si mantiene intatto. Se la morte non ha luogo nel primo accesso, mai manca nel secondo. Poco mancò che Torti non ne fosse egli stesso la vittima:

Il terzo gruppo di febbri perniciose che noi stabiliamo, comprende tutte quelle che sono caratterizzate da qualche disturbo della innervazione, come il coma, il delirio, la catalessia, l'epilessia, le convulsioni, l'idrofobia e la paralisi.

1.° La *febbre comatosa*, che chiamasi pure *febbre soporosa, letargica carotica apoplettica*, è una delle forme le più frequenti. Il coma che la caratterizza varia dalla semplice sonnolenza sino al carus il più profondo. A luogo alcune volte sin dal primo stadio, ma quasi sempre durante il secondo. Raramente il malato muore nel primo accesso; ma difficilmente sopravvive al terzo o al quarto. La febbre comatosa è senza dubbio, di tutte le forme perniciose, quella che più si osserva ne' ragazzi.

2.° La *febbre delirante* è caratterizzata da un delirio più o meno violento, il quale per lo più si sviluppa nel secondo stadio. L'esaltamento cerebrale diminuisce a poco a poco durante il periodo del sudore. La morte può sopravvenire bruscamente durante il delirio, o pure i malati cadono nel coma, e muoiono in uno stato di completa insensibilità.

3.° Sotto il nome di *febbre convulsiva*, comprendo tutte le febbri perniciose accompagnate da differenti varietà di convulsioni toniche o cloniche. Quindi, ora i malati presentano una rigidità tetanica parziale o generale (*febbre tetanica*); Cas. Médicus ne ha osservato numerosi esempi nel corso d'una epidemia. O pure si osservano tutti i sintomi della catalessia, siccome Torti ne rapporta un caso (*febbre catalettica*); altre volte sono movimenti convulsivi con schiuma alla bocca, come Lauter l'ha veduto, e tali, siccome si osservano in un attacco di epilessia (*febbre epilettica*); finalmente altri sono movimenti convulsivi irregolari (*febbre convulsiva* propriamente detta). Quest'ultima varietà facile ad osservarsi ne' ragazzi, è spesso senza pericolo; non deve riguardarsi come perniciose che per quanto è accompagnata da uno stato generale grave. Finalmente, per terminare l'enumerazione delle febbri perniciose caratterizzate da un disturbo del sistema nervoso, dirò che anche una febbre *paralitica e idrofoba* è stata descritta; la prima sarà caratterizzata da una paralisi parziale; la seconda, da un furor maniaco con orrore per i liquidi. Queste due forme sono forse le due forme più rare della malattia di cui è parola.

In un quarto gruppo di febbri perniciose collochiamo tutte quelle i cui sintomi caratteristici dipendono dal cuore e dai polmoni.

1.^o *Per parte del cuore* troviamo le febbri *cardiagica e sincopale*. La prima è caratterizzata da un dolor vivo, atroce, lacerante, verso l'epigastrio ed il cuore, accompagnata da una grande ansietà con abbattimento ed alterazion profonda della fisionomia. Questi sintomi che Strack à si bellamente descritti, si manifestano in generale nel primo stadio della febbre, e possono, per la loro violenza, causare la morte sin dal primo accesso. La febbre *sincopale* è una forma frequentissima; essa è caratterizzata da sincopi che spontaneamente àno luogo, o sotto l'influenza della più leggiera causa; la morte è quasi certa al secondo accesso.

2.^o *Per parte de' polmoni*, si è parlato di febbri *asma-tica, dispnoica ed afonica*, la cui esistenza non ci sembra ben dimostrata. Tutt'altra cosa della febbre pleuritica e pneumonica, delle quali molti esempi ò riportati nel mio *Trattato della pneumonia*. In oltre ò provato in questo libro che i sintomi stetoscopici della pneumonia potevano scomparire durante l'intermittenza, purchè la malattia polmonare non oltre passasse il primo grado.

In fine, nel quinto gruppo bisogna collocare le febbri perniciose, le quali sono accompagnate da qualche sintomo grave per parte degli organi addominali. Se ne distinguono molte varietà; le une sono caratterizzate da un dolor vivo, atroce all'epigastrio, con conati di vomito, sete viva, ansietà inesprimibile; questa è la febbre *gastralgica*. Questa forma, benchè eccessivamente penosa, però è forse una di quelle che più raramente àno un esito funesto.

Le altre febbri perniciose addominali le più comuni sono la forma *colerica*, e la forma *dissenterica* di Torti, alla quale si rapporta la *febbre epatica ed atrabile* di molti antichi autori. L'una e l'altra sono caratterizzate da dolori vivi nell'addome, da *deiezioni*, ed i sintomi che accompagnano il colera sporadico e la dissenteria. La forma dissenterica è meno grave della forma colerica; però poco mancò ch'io non avessi perduto un malato colpito da questa varietà di febbre. Hanno pur descritto una febbre *peritoneale nefritica e cistica*, caratterizzata sopra tutto da dolori vivi in tutto il ventre o nella regione lombare o nell'epigastrio; ma l'esistenza di queste varietà mi sembra ancora problematica.

Nulla dirò delle forme reumatica, cefalalgica, illerica ed esantematica; poichè penso con Chomel ed altre autorità, che una cefalalgia ed un'emierania viva, che i dolori articolari, che un'itterizia bruscamente sviluppata, ed un'esantema cutaneo, non bastano per imprimere alla febbre intermittente un carattere pernicioso.

*

Corso. — Qualunque siasi la forma sotto la quale la febbre perniciosa si manifesta, abbiamo veduto che i sintomi gravi cominciano ora con l'accesso, ora nel corso del secondo o terzo stadio. Il carattere pernicioso può osservarsi in un tratto sin dallo sviluppo della febbre; altre volte questa, benigna ne' due primi accessi, si fa tutto ad un tratto perniciosa nel terzo; o finalmente passa al tipo continuo, siccome Lancisi l'ha veduta a Roma nel 1695, e Richar a Torino nel 1720. La febbre perniciosa si manifesta raramente sotto altro tipo meno il terzano e terzano doppio. Il più delle volte il parossismo è caratterizzato da tre stadi; ma spesso uno o due stadi mancano, o pure sono meno distinti dell'ordinario.

Abbiam veduto il corso di questa malattia essere rapidissimo ed il pericolo accrescere col numero degli accessi. Spesso accade questi esser tanto più lunghi quanto si ripetono più spesso, qualche volta addivengono subentranti. Secondo il Signor Maillot le quotidiane passano a perniciose dal terzo al sesto parossismo, e le terzane dal terzo al quarto. Quando nulla si opera per prevenire la febbre, quasi tutti i malati muoiono al quarto accesso; raramente la vita si prolunga sino al quinto, molti periscono nel secondo ed anche nel primo. Le febbri perniciose offrono questo di particolare cioè che possono trasformarsi le une nelle altre; può anche succedere che due o tre sintomi predominino allo stesso grado.

Le febbri perniciose sono micidialissime, specialmente quando sono endemiche. Bailly dice, in fatti, che allo spedale St. Spirito di Roma la mortalità era di 1 su 2 $\frac{1}{4}$. Il Signor Nephle à detto esserlo a Bresse di 1 su 2; il Signor Maillot pensa che in Algeri è soltanto d'un 5.^o

Diagnosi. — La diagnosi non presenta alcuna difficoltà ogni qualvolta gli accessi sono ben distinti ed i sintomi sono gravi; spesso però accade che i tre stadi del parossismo passano inosservati, perchè l'attenzione degli assistenti ed anche quella del medico è allora distratta dal sintomo predominante, convulsione, coma, delirio, dolore ec., il quale caratterizza lo stato pernicioso. Però quando si vedrà sopravvenire bruscamente in un individuo un sintomo grave qualunque, che, dopo aver durato alcune ore, si sarà in seguito dissipato spontaneamente, e lascerà l'individuo in uno stato di perfetta o quasi perfetta salute, bisognerà allora, siccome lo consiglia C. Medicus, sospettare un'afezione periodica, e regolare il metodo di cura secondo questa idea, mentre è raro vedere un'afezione grave svilupparsi e terminare in breve spazio di tempo, se questa malattia non è perniciosa. Gli autori antichi contraddistinguono ancora il sedimento color mattone delle urine alla fine dell'accesso; è un segno pe-

rò, siccome lo abbiamo detto, il quale non merita quella importanza che gli si vuole attribuire.

In generale, bisogna diffidare di tutte le febbri intermittenti che presentano qualunque intensione crescente negli accessi, specialmente quando si osserva qualche sintomo insolito, come l'alterazione della fisionomia ed una debolezza insolita, un dolore vivo, una evacuazione non abituale o un suono prolungato; anche quando sembra naturale, siccome lo prova il fatto rimarcabilissimo riportato da Werlhof, e che ogni medico deve conoscere. Si tratta d'una donna di circa quarant'anni, la quale incontrando Werlhof nella strada, lo pregò di venire a visitarla l'indomani, giorno in cui attendeva l'accesso d'una febbre terzana dalla quale era affetta. In fatti, l'accesso ebbe luogo, ma fu sì violento che la malata morì sotto un coma apoplettico. Questa donna, nell'accesso precedente a quello in cui ebbe luogo la morte, sembra aver dormito *lungo tempo* e profondamente, ed i parenti non avevano osato risvegliarla. Si comprende che questo era un accesso pernicioso.

Pronostico. — Il pronostico è estremamente tristo; le forme algida, comatosa, sincopale e colerica, sono le più gravi. Se il medico non è chiamato dopo il secondo accesso, il pericolo è prossimo. La tendenza della malattia al tipo continuo aggrava il pronostico. Il raffreddamento del corpo, l'alterazione della fisionomia, l'immobilità del corpo, l'ineguaglianza del polso, sono i prodromi d'una prossima morte.

Etiologia. — Raramente si osservano febbri perniciose fuori de' paesi paludosi, e specialmente in quelli i quali sono più insalubri: a Parigi, per conseguenza, raramente se ne osservano; ne abbiamo però veduto cinque o sei casi. Forse gli accessi perniciosi sembrano rari a Parigi, perchè passano inosservati; molti malati allora muoiono senza nè pure sospettare la natura dell'affezione.

Cura. — Da quel che abbiamo detto, si comprende quanto sia urgente combattere le febbri perniciose col solfato di chinina. Qualunque possa essere il tipo, il medicamento dovrà essere amministrato al declinar dell'accesso durante il quale si sarà distinto o sospettato il pericolo (Chomel). Il rimedio lungi di amministrarsi a dose rifratta, bisognerà, al contrario, affrettarsi di dare una gran quantità di chinina, e la dose dovrà ravvicinarsi il più presto possibile. Il medicamento dovrà essere introdotto per tutte le vie per le quali potrà essere assorbito; cioè bisognerà amministrarlo contemporaneamente per la bocca, per clisteri, e col metodo endermico. Quindi bisogna dapprima affrettarsi di far inghiottire al malato 1 o 2 gramme di solfato di chinina, ed introdurre nel retto, antecedentemente vuotato dalle materie fecali, una doppia quantità del medicamento. Nello

stesso tempo si denuderà con la pommata ammoniacale una porzione più o meno considerabile della pelle del ventre, la quale verrà coperta di solfato di chinina. Finalmente si formerà un miscuglio di sugna con 1 a 2 gramme del medicamento, il quale si applicherà negl'inguini e sotto le ascelle, dove l'assorbimento è molto attivo. Lo ripeto, il pericolo è sì grande e sì imminente, da non poter perdere un momento di tempo, e per distruggerlo bisogna agire prontamente ed energicamente.

Quando si osserva il malato durante l'accesso pernicioso, vi sono altri mezzi che bisogna pure impiegare. Così, quando esiste un dolore vivo che abbatte le forze ed estingue la sensibilità, come nella febbre cardialgica o gastralgica, bisogna calmarlo coll'uso dell'oppio; se poi il malato cade nella prostrazione, si rianimerà mediante gli eccitanti ed i cordiali. Questi convengono egualmente nelle febbri algida e diaforetica, mentre l'oppio è indicato nelle forme colerica e dissenterica. Nelle febbri perniciose caratterizzate da disturbo del sistema nervoso, bisogna ricorrere a' rivulsivi cutanei (sinapismo, vescicante, scarificazione); se esiste qualche segno di congestione cerebrale, si praticherà un salasso generale o locale secondo l'indicazione che il polso determinerà. Non bisogna però esser prodighi di questo mezzo, il quale può essere pericoloso; dirò pure che raramente bisogna usarlo; poichè convien esser convinti e persuasi che gli estremi disturbi delle funzioni organiche i quali servono di carattere nelle febbri perniciose, non riconoscono affatto un ligame infiammatorio. Se insisto su di ciò, lo è perchè un medico distinto il Signor Maillot, mi pare aver troppo prodigato le emissioni sanguigne; così si son veduti accidenti perniciosi sopravvenire dietro quest'uso, mentre li avrebbe prevenuti impiegando piuttosto lo specifico. Troncati gli accidenti, si continuerà l'uso del solfato di chinina per lungo tempo, per prevenirne il ritorno.

Natura. — La natura di queste febbri è così sconosciuta come nelle febbri intermittenti semplici. A queste specialmente convien riportare ciò che è detto nell'articolo precedente sul valore delle alterazioni cadaveriche, che si osservano in quelli morti per le febbri di accesso. La mia critica si versa in special modo sulle osservazioni del Signor Maillot, siccome le più complete. Come conseguenza delle febbri perniciose, altre lesioni costanti non si osservano meno che un aumento nel volume della milza, oltre di essere rammollita, e sciolta. Spesse volte si è veduto questo viscere rompersi durante l'accesso, specialmente durante il freddo; i malati muoiono allora rapidissimamente con i segni d'una emorragia interna o d'una peritonite perperacuta. Esaminato il sangue durante la vita non offre alcuna alterazione nella sua composizione, meno qualche complicità in-

fiammatoria; ciò risulta dalle ricerche intraprese in Algeria dai signori Léonard e Folley.

DELLE FEBBRI INTERMITTENTI ANOMALE.

Le febbri intermittenti *anomale* sono quelle le quali si manifestano sotto forme diverse di quelle che appartengono alle febbri intermittenti regolari delle quali prima è parlato. Distingueremo con Chomel quattro principali specie di febbri anomale. La prima specie comprende quelle i cui accessi offrono soltanto uno o due de' tre stadi ordinari: si chiamano *febbri incomplete*. Si son vedute quindi di queste febbri soltanto caratterizzate da un freddo periodico (Morgagni, Wolf); in altre, al contrario, non vi è che un aumento di calore senza freddo iniziale nè sudori (T. Bartholin); in fine, in alcuni casi frequenti, gli accessi sono solamente distinti da' sudori (Piquet). Nel secondo gruppo delle febbri anomale si comprendono quelle i cui tre stadi sono confusi o pure alla rovescia. Così, come il Signor Chomel lo à veduto una volta, si può simultaneamente osservare sullo stesso individuo il *freddo* del primo stadio, l'*elevazione del calore* del secondo ed un *sudore* abbondante come nel terzo. Altre volte gli accessi sono alla rovescia; cioè, che un calor scottante sostituisce il primo stadio, mentre il freddo succede a questo (epidemia di Varsovie del 1700). La terza varietà di febbri anomale comprende quelle, nelle quali i fenomeni febbrili, freddo, calore, sudore, sono circoscritti ad una parte del corpo (*febbre topica*). Finalmente in un quarto gruppo si collocano le febbri dette *lervate* o *mascherate*, i cui accessi non sono distinti da alcuno de' tre stadi delle febbri regolari, ma soltanto da un sintomo più o meno grave, che si riproduce a determinati intervalli. Così si osservano dolori nelle diverse parti del corpo, sintomi d'apoplessia, d'epilessia, di corèa, o una veglia, un coma, un incubo, una cardialgia, la sete, la tosse, de' vomiti, delle emorragie, ec., e ciò periodicamente, e col tipo proprio alle febbri intermittenti. Quando si vede uno de' fenomeni da me enumerati, la malattia appellasi febbre *perniciosa lervata*. Queste affezioni periodiche non dovrebbero però chiamarsi *febbri*, perchè, nella maggior parte de' casi, nessun fenomeno febbrile le accompagna; però l'uso avendo prevalso, non vediamo alcun vantaggio di cambiare questo vocabolo.

Qualunque differenza d'altronde possa esservi in apparenza tra le febbri regolari ed i diversi fenomeni che abbiamo riuniti sotto il titolo comune di febbri anomale, siamo però convinti esistere analogia tra esse non solo, ma anche una completa i-

dentità. In fatti, le febbri anomale regnano nelle stesse stagioni, negli stessi luoghi delle febbri intermittenti regolari. Esse non esistono mai simultaneamente nello stesso individuo, ma si succedono qualche volta. Le une e le altre hanno lo stesso corso; in fatti hanno accessi ben distinti, separati da eguali intermissioni e ritornano a regolari intervalli. Quando le febbri anomale si prolungano per un certo tempo, danno luogo agli stessi accidenti secondari delle febbri regolari. Sono recidive come queste. Una febbre regolare può farsi anomala, e viceversa. C. Medicus cita molti fatti che lo provano. Finalmente la china-china è egualmente efficace contro le une e contro le altre.

Tutte queste circostanze ci sembrano, come pure al Signor Chomel, più che sufficienti per giustificare, se non la riunione, almeno il ravvicinamento delle febbri intermittenti regolari e delle affezioni descritte sotto il nome di febbri intermittenti anomale. D'altronde, ciò era stato stabilito da lungo tempo da' pratici i più eminenti, siccome Morton, Sydenham, Van-Swieten, Senac, Rosan, Huxam, Dehaën, Lautter, e C. Medicus, il quale à scritto su queste affezioni un trattato generalmente stimato.

OSSERVAZIONI SULLE FEBBRI INTERMITTENTI SINTOMATICHE

Sin ora abbiamo considerato l'apparato febbrile, intermittente, siccome *essenziale*, cioè indipendente da qualunque lesione materiale palpabile. Frequentemente però si osservano nella pratica casi in cui la febbre intermittente è sintomatica, o almeno coincide con qualche alterazion locale recente o antica. Così gli autori han veduto accessi febbrili regolari sopravvenire dietro l'introduzione d'una sonda nell'uretra; un fatto di questo genere fu osservato da Giannini, ed è il più rimarcabile tra tutti quelli che si conoscono. (1). La cauterizzazione de' stringimenti uretrali (Lallemand), e la blenorragia (Simon de Hambourg), hanno molte volte dato luogo ai medesimi accidenti. Lo stesso, dicono, sarebbe dell'orchite blenorragica (Simon). Il Signor Chomel ha osservato una febbre di tipo terzano come sintomatica d'una enterite poco intensa, ed il signor Piorry cita un caso di febbre quotidiana sviluppata in seguito d'una lesio-

(1) Giannini parla d'un uomo di cinquant'anni, robusto, il quale fu assalito a quattro riprese differenti, e dopo molti anni d'intervallo, da accessi febbrili intermittenti, per l'introduzione d'un catetere nel canale dell'uretra, il quale aveva ferito le pareti di questo canale. Vi furono ciascuna volta da tre a dieci parossismi. La china-china fu sempre trionfante. *Della natura delle febbri*, t. 1, p. 207

ne traumatica della milza , ed un' altra febbre quotidiana prodotta e sostenuta da un spostamento di questo viscere. In fine per terminare , diremo che le suppurazioni profonde , gl' infiltramenti urinosi e l' eticia al secondo ed al terzo stadio sono le cause più frequenti delle febbri intermittenti sintomatiche. Queste sono ordinariamente benigne ; ma qualche volta si son vedute rivestire il carattere pernicioso , specialmente ne' casi di fenditure de' condotti dell'urina, e quando questo liquido s' infiltra nel tessuto cellulare. Il Signor dottor Bricheteau à dimostrato recentemente , negli *Archives* del 1847 , che questi accessi perniciosi non erano rari ne' vecchi deboli , e che soffrono lesioni croniche negl' organi genito-urinari.

Queste febbri sintomatiche presentano in generale i stadi del freddo , del calore e del sudore i quali appartengono alle febbri essenziali. In quanto al tipo , sono quasi sempre quotidiane o quotidiane doppie , . raramente terzane , e forse mai quartane ; moltissime sono remittenti. Siccome lo à benissimo osservato il professor Chomel , bisogna sempre diffidare del tipo quotidiano doppio , ed anche quotidiano , cioè di tutti i tipi ne' quali l' intermittenza è breve , perchè sono quasi sempre i soli che le febbri sintomatiche rivestono. Così , ogni qual volta un malato si lagnerà perchè soffre accessi febbrili di quotidiane doppie ed anche quotidiane , bisogna affrettare l' esplorazione metodica di tutti gli organi , di tutte le funzioni , per accertarsi del vero carattere degli accidenti che si osservano.

Nella febbre quotidiana sintomatica gli accessi si manifestano quasi sempre la sera , e ciò sin dallo sviluppo , in vece di cominciare la mattina o il mezzo giorno, come si osserva comunemente nella febbre essenziale. Non è però sempre così. Quindi nelle febbri sintomatiche d' una alterazione delle vie digestive , si osserva qualche volta che la comparsa degli accessi è subordinata all' ora de' pranzi ed alla quantità degli alimenti ingoiati. Gli accessi si possono allora sospendere o provocare a volontà facendo stare a dieta i malati o facendoli mangiar molto. Tale è il fatto riportato dal Signor Chomel , d' un uomo la cui febbre , sintomatica d' una flemmasia intestinale , vestiva il tipo terzane , perchè quest' individuo un giorno mangiava e faceva astinenza l' indomani. Si conosce pure che nella bronchite l' impressione ripetuta del freddo può dar luogo ad accessi febbrili regolari. Le febbri intermittenti sintomatiche differiscono ancora dalle febbri essenziali , perchè , sia nell' accesso , sia nella intermittenza , non si può dimostrare alcun aumento nel volume della milza. Una differenza non meno importante a notarsi , è l' azione lenta , dubbiosa , ed anche inefficace del solfato di chinina ; mentre nella febbre intermittente essenziale , la china-china agisce quasi sempre prontamente e sicuramente. Non

ignoro però che questo medicamento, dato nelle febbri sintomatiche, a troncato qualche volta bruscamente gli accessi nella stessa guisa come l'avrebbe fatto per una febbre essenziale; ciò si vede, per esempio, nella osservazione di Giannini. Ne casi però in cui la china-china esercita un'azione sì pronta e sì decisiva, è premesso di domandare se, invece di essere una febbre sintomatica, gli accessi febbrili sarebbero piuttosto essenziali; poichè non potrebbe essere impossibile, per esempio, che una sonda introdotta nell'uretra d'un individuo sensibile producesse una febbre intermittente, non per l'irritazione meccanica del canale, ma per una influenza su tutto il sistema nervoso, nello stesso modo come si vede la stessa malattia manifestarsi, negl'individui predisposti, per effetto d'uno spavento, d'una emozione morale, d'un raffreddamento, d'una indigestione, ec., circostanze le quali hanno agito soltanto come cause occasionali. Credo soprattutto che la soppressione degli accessi per l'uso della chinina, mentre la malattia primitiva siegue il suo corso, deve dimostrare che la febbre intermittente è soltanto un accidente senza relazione essenziale coll'affezione che probabilmente à complicato.

Il pronostico di queste febbri sarà sottoposto alla gravezza delle lesioni di cui gli accessi intermittenti sono la conseguenza. La loro comparsa può avere in alcuni casi un valore diagnostico quasi certo. Così quando dopo una operazione grave si veggono sopravvenire sotto i tipi quotidiano e quotidiano doppio accessi di febbri intermittenti o remittenti, si può quasi con certezza annunziare l'esistenza d'un assorbimento purulento.

Comunque incerta possa essere l'azione della china-china nella cura delle febbri intermittenti realmente sintomatiche, nessun inconveniente può aver luogo amministrandola ne' casi ove gli accessi sono sopraggiunti per effetto d'una blenorragia o l'introduzione d'una sonda nel canale dell'uretra, o dopo la cauterizzazione di questo canale. Si amministrerà ancora il solfato di chinina, ma con molta poca fiducia, quando la febbre si liga alla esistenza de' tubercoli o ad un infiltramento urinoso. Questo medicamento anzi è inutile, ed anche nocivo, ogni qual volta gli accessi sono sintomatici d'un assorbimento purulento o d'una enterite. In quest'ultimo caso, i ritorni periodici della febbre potranno solo impedirsi sottomettendo i malati ad un severo regime, ed impiegando qualche volta gli antiflogistici.

QUARTO GENERE DI FEBBRI

DELLE FEBBRI REMITTENTI

S' intende per *febbri remittenti* quelle i cui sintomi persistono senza interruzione come nelle febbri continue; differiscono però da queste ultime in quanto che presentano, ad intervalli determinati, delle remittenze più o meno complete, tosto seguite da un parossismo più spesso di tipo quotidiano o terzo. La febbre remittente altro non è meno che la *febbre congestiva* di molti autori.

Storia. — Tra tutte le piressie, la febbre remittente è quella che più anticamente è stata descritta; di queste, in fatti, ne parla Ippocrate nelle sue febbri delle epidemie, siccome lo ha dimostrato il Signor Littré (1). Bell, per quanto buon pratico altrettanto medico erudito e coscenzioso professa questa opinione nel suo corso di storia della medicina. Le febbri ippocratiche, delle quali torna impossibil cosa riconoscerne il carattere, quando si paragonano a tutte quelle che abbiamo osservate nel nostro clima, possono però esser ben classificate quando si ravvicinano alle febbri remittenti e pseudo-continue de' climi caldi. Possiamo di ciò esser convinti quando, all' esempio di Littré, si stabilisce un parallelo tra le osservazioni e le descrizioni lasciateci da Ippocrate e quelle ultimamente pubblicate dal Signor Maillot sulle febbri d' Africa, da Twining su quelle del Gange, da Stewardson su quelle del continente Americano. Finalmente il soggiorno dell' armata francese nella Morea à pur dimostrato, dietro la testimonianza di due distinti medici, i signori Roux e Pallas (2), che dopo ventidue secoli, la Grecia era afflitta dalle stesse febbri che dominavano a' tempi d' Ippocrate, e che queste febbri, sconosciute a Parigi, ma identiche a quelle de' climi caldi, altro non sono se non che le febbri remittenti e pseudo-continue.

Anatomia patologica. — Nessuna nozione precisa possedevamo ancora sulle alterazioni che la febbre remittente lascia dopo di essa, quando il dottor Stewardson, uno de' medici più distinti di Filadelfia, à riempita questa lacuna pubblicando nel *The American Journal* (april. 1841 e april 1842) un lavoro rimarcabilissimo, frutto delle osservazioni che egli à raccolte allo spedale di Pensilvania. Ne' morti per febbre remittente, nessuna le-

(1) *Oeuvres d' Hippocrate*; edit. de Littré, t. 11, p. 538 Argument.

(2) *Histoire médic. de l' armée française en Morée pendant la campagne de 1828*, par M. Roux, Paris, 1829. *Réflexion sur l' intermittence*, par Pallas, Paris, 1830.

sione speciale o costante si rinviene ne' centri nervosi, come anche negli organi della respirazione o della circolazione. Non così però succede degli organi addominali, i quali, siccome il fegato, la milza e lo stomaco, sono costantemente o quasi costantemente la sede d'un'alterazione più o meno profonda. Quindi, in tutti gl' individui, il Signor Stewardson à trovato la milza, la quale aveva acquistato un volume doppio, triplo o quadruplo dello stato normale, ed era rammollita sino allo scioglimento del suo tessuto. Il fegato presenta alterazioni anche più notabili, poichè sembrano speciali, e costituire, propriamente parlando, il carattere anatomico della malattia. Quest'organo è generalmente aumentato di volume, qualche volta ad un grado eminente, e la sua consistenza è minore dello stato normale. Il suo colorito è costantemente modificato; quindi il suo colore proprio, rosso bruno, è sostituito da una tinta bronzina, o da un misto di bronzo ed ulivo; più frequentemente è d'un grigio piombo, misto ad un colorito verde-ulivo. Quest'alterazione del colore generalmente si trova sparsa in modo uniforme in tutto l'organo, ed invade contemporaneamente le due sostauze. La bile si osserva ordinariamente aumentata di molto nella quantità. Lo stomaco è quasi sempre alterato; e lo sarebbe, secondo Stewardson in cinque casi su sei, e quest'alterazione consisterebbe nell'iniezzamento, la spessezza o il rammollimento della membrana mucosa. Il tubo intestinale nessuna alterazione particolare presenta nella febbre remittente; solo si è qualche volta osservata la membrana mucosa dell'intestino gracile rammollita in certi punti, ed i follicoli di Brunner nel duodeno un pò più sviluppati.

In riassunto, due o tre organi, la milza, il fegato, e forse lo stomaco, sarebbero costantemente alterati nella febbre remittente. I risultati del Signor Stewardson sono per questa parte perfettamente concordi con quelli del suo compatriotta, il dottor Gerhard, e sino ad un certo punto, anche con quelli di Twining, il quale afferma che a Calcutta la febbre remittente produce costantemente congestioni viscerali, e se queste continuano, vere infiammazioni. Gli organi attaccati con preferenza sarebbero, secondo quest'ultimo, lo stomaco, gl'intestini, il fegato, la milza, il cervello ed i polmoni. Ma le ricerche cadaveriche praticate da Twining mancano di precisione, e c'inspirano poca fiducia. Comunque sia, da ciò che precede chiaro apparisce che le lesioni della milza e dello stomaco niente offrono di speciale, poichè si osservano anche nel corso delle altre malattie; ma l'alterazione del colorito del fegato sarebbe più speciale all'affezione di cui è parola; così il Signor Stewardson tende a volerla considerare come il solo carattere anatomico della febbre remittente. L'autore americano però non es-

sendo ancora pienamente convinto su di ciò, desidera che i suoi primi risultati fossero confermati da novelle osservazioni. In qualunque caso, riconosce che l'alterazione del fegato, come anche nessuna di quelle che lo sparo de' cadaveri mostra, possono spiegare nè gli accidenti che si osservano durante la vita, nè la fine sì spesso fatale della malattia. Bisogna dunque ricorrere ancora ad un' alterazione speciale del sangue, la quale, supposto che esistesse, resta ancora indeterminata. D' altronde quest' alterazione, non colpirebbe la quantità de' principi costitutivi del sangue, poichè dal lavoro de' Signori Leonard e Folley presentato all' istituto nel 1845, risulta che nelle febbri remittenti e pseudo-continue dell' Algeria, la fibrina, i globi e le porzioni solide del siero rimangono nella loro proporzione normale.

Sintomi. — La febbre si presenta qualche volta remittente sin dal suo sviluppo; in altri casi, i malati presentano al principio tutti i sintomi d' una febbre intermittente ordinaria; poi gli accessi, prolungandosi e ravvicinandosi sempre più, finalmente si confondono; allora il carattere remittente si manifesta chiaro. Vi sono malati, infine, i quali dapprima presentano soltanto un apparato febbrile, puramente continuo, e solo per gradi acquista poi la forma remittente. In questi casi, come in quelli dove la febbre è primitivamente remittente, la malattia sviluppa mediante uno stato di languore, oppressione alla regione de' precordi, debolezza, o solamente stanchezza, ed un dolore dietro il collo, indicato dallo stesso Ippocrate, e notato poi da Twining nelle febbri del Bengale.

Quando la febbre remittente è perfettamente stabilita, si osserva un apparato febbrile intenso, accompagnato, nella maggior parte de' malati, da tensione ed un dolore più o meno vivo all' epigastrio, o verso l' uno o l' altro ipocondrio, specialmente al sinistro; sintomo, dapprima notato da Ippocrate nel terzo dei malati, stabilito da Twining in una egual porzione, à esistito quasi sempre, o diciannove volte su venti, in quei malati curati dal dottor Stewardson. Tutti gli autori, dopo Ippocrate, hanno anche notato la secchezza della lingua nella febbre remittente, sintomo che rapidamente si manifesta dal secondo al quarto giorno, cioè più presto che in qualunque altra malattia acuta che ci è dato osservare nel nostro clima, non esclusa la febbre tifoidea. La sete è moderata e l' appetito negativo; nel maggior numero de' casi, al terzo giorno, ora più presto, spesso più tardi, si manifestano vomiti verdastri; gli scarichi ventrali sono ordinariamente regolari; altre volte avvi costipazione o diarrea. La parte del ventre situata sotto gl' ipocondri è cedevole o priva di alcun dolore; la secrezione delle urine nulla presenta di notabile. Questi accidenti, specialmente

la febbre, esistono in modo continuo ed ad un grado variabile; ma si esacerbano regolarmente, e questa esacerbazione, simile ad un accesso di febbre intermittente ordinaria, si annunzia con freddi o semplice raffreddamento del corpo, specialmente marcati alle estremità, dove la pelle prende spesso un colorito azzurrognolo o livido. Quest'ultimo sintomo registrato in un terzo delle osservazioni delle epidemie d'Ippocrate, è stato pur anche menzionato da Twining e Stewardson, e persiste spesso per molte ore durante tutto il parossismo. Alcuni sintomi perniciosi, de' quali abbiamo antecedentemente parlato, si veggono spesso comparire durante queste esacerbazioni, specialmente de' sintomi cerebrali, come il delirio, il coma, accidenti notati nelle osservazioni d'Ippocrate sotto il nome di *phrenitis* e di letargia; o pure si osservano sintomi di pneumonia, che caratterizzano la febbre remittente pneumonica. Lo stato della costituzione e della salute anteriore può, d'altronde, recare importanti modifiche nella fisionomia de' parossismi. Così negl'individui deboli, invecchiati per causa di penose ed eccessive fatiche, il polso è molle, le gengive sono d'un colorito azzurrognolo, la faccia è cadaverica, le estremità rimangono fredde e di color violaceo durante tutto il parossismo, nel corso del quale la testa ed il petto son coperti di sudori freddi. Ne' robusti, la reazione è pronta e portata ad un alto grado, il calore è considerabile, il polso vibrato, la faccia iniettata, i dolori agl'ipocostri sono vivi ed i vomiti frequenti.

Queste esacerbazioni, le quali hanno luogo il mattino o la sera, colpiscono improvvisamente i malati; hanno sempre una durata di molte ore, e terminano, come gli accessi della febbre intermittente semplice, con sudore o semplice umettamento. Le remittenze non sono però sempre così distinte siccome abbiain detto; in fatti, alcune volte sono sì oscure da non essere osservate; allora i malati presentano uno stato tifoide che sembra continuo.

Corso, durata, termine. — L'apiressia non à mai luogo nella febbre remittente, ma soltanto diminuzion periodica negl' accidenti ed in special modo nella febbre. Qualche volta accade che questa, dopo aver persistito per qualche tempo siccome remittente, addi viene intermittente vera; altre volte poi, le esacerbazioni periodiche cessano, l'intermittenza è per così dire assorbita, distrutta, ed altro non rimane, meno che un apparato febbrile continuo, allora spesso legato a qualche infiammazione viscerale. Checchè ne sia, quando la febbre è stata prima intermittente, spesso riprende la sua primitiva forma prima di passare alla guarigione.

Si dice generalmente che la febbre remittente può manifestarsi sotto i principali tipi delle febbri intermittenti; rare vol-

te però si osserva sotto il tipo quarlano, ed il tipo terzano è anche poco comune. Nella maggior parte de' casi, le febbri remittenti hanno accessi quotidiani o quotidiani doppi; ma mai più di due accessi in ogni giorno.

Il predominio di alcuni accidenti, dando alla malattia un aspetto speciale, dà campo a poterne distinguere tre forme, cioè: 1.^o la remittente *comune* o volgare, nella quale si osservano solamente i sintomi ordinari della malattia, e nel grado ordinario; 2.^o la remittente *biliosa*, nella quale i sintomi gastrici predominano, e si approssima più o meno alla febbre gialla; 3.^o la remittente *perniciosa*, caratterizzata da uno degli accidenti gravi i quali si mostrano nelle febbri perniciose ordinarie.

La febbre remittente offre anche questo di rimarcabile nel suo corso, cioè che può avere una lunga durata, per esempio, trenta o quaranta giorni; altre volte poi finisce dopo tre o quattro giorni o colla salute o colla morte. La sua durata media, secondo il Signor Stewardson, sarebbe di quindici giorni. Quando termina favorevolmente, la convalescenza è breve e l'infermo si ristabilisce prontamente.

Se la malattia à un esito funesto, la morte accade dopo un maggiore o minor numero di parossismi; alcuni malati deboli però, siccome l'ha osservato Twining periscono al primo accesso. Lo stesso autore à pur dimostrato che in ciascun parossismo esistevano due momenti in cui il pericolo era maggiore; era questa l'epoca della reazione, durante la quale qualche viscere importante va soggetto alla congestione o alla infiammazione, ed il momento in cui l'eccitamento febbrile diminuisce, perchè allora molti cadono in uno stato di collasso o di sincope dal quale non possono più rialzarsi.

Le recidive delle febbri remittenti sono frequenti, meno però delle febbri intermittenti.

Diagnosi. — Torna spesso difficile cosa poter determinare se la febbre sia realmente remittente. Con questa, in fatti, potrebbero esser confuse le esacerbazioni alcune volte regolari che si osservano nel corso d'un gran numero di malattie acute. Queste esacerbazioni però hanno luogo soltanto la sera e durante la notte, mentre nelle febbri remittenti si possono osservare in tutte le ore del giorno. Queste sono quasi sempre caratterizzate da' tre stadi delle febbri intermittenti, mentre nelle semplici esacerbazioni delle malattie acute, non si osserva nè freddo nè altri fenomeni che indichino lo sviluppo delle prime, nè i sudori che le giudicano. Non bisognerebbe però persuadersi che in tutte le febbri remittenti i tre stadi si appalesassero sempre ben distinti, poichè in alcuni casi uno di essi manca, siccome si è veduto nelle febbri intermittenti.

Per stabilire la diagnosi bisogna tener presente pur anche il corso della malattia; così quando la malattia sarà incominciata intermittente, questa circostanza illuminerà il medico sul vero carattere della remittenza, e sul metodo terapeutico che dovrà usarsi. In fine l'esistenza simultanea d' un gran numero di febbri intermittenti, il paese la stagione in cui si osservano, saranno anche una circostanza da tenersi presente ne' casi dubbi. Per la diagnosi con febbre gialla vedi sopra p. 91.

Quando abbiamo già detto che a Parigi bisognava sospettare la febbre intermittente con accessi ravvicinati, più ragionevolmente, dovevamo dire lo stesso del tipo remittente; si può anche dire anticipatamente che la febbre remittente de' paesi caldi, la quale accidentalmente regna pure in alcune contrade paludose della Francia, durante l'està e l'autunno, è quasi sconosciuta a Parigi, in modo che quando ci troviamo a fronte d' un movimento febbrile remittente, semplice o pernicioso, dovremmo piuttosto sospettare l'esistenza d' una delle numerose cause che abbiamo indicate alle pagine 185 e 186, siccome capaci di determinare degli accessi febbrili intermittenti; confessiamo pure, che la maggior parte di queste cause, e specialmente le suppurazioni e gl' infiltramenti d' urina, producono piuttosto un movimento febbrile remittente anzi che schiettamente intermittente. Terminiamo col dire col celebre Dumas, di Montpellier, essere oggi cosa impossibile poter ravvicinare alla febbre remittente ed alla febbre subcontinua di Torti, quegli accidenti febbrili, con raddoppiamenti spesso regolari, i quali sopravvengono spesso dal settimo al decimo giorno negl' individui che hanno sopportato una grave operazione, ed i quali non riconoscono altra causa meno che una infezione purulenta del sangue. Checchè ne abbia detto Dumas, (la china-china manca costantemente in questo caso (vedi l' articolo *Febbre*.)

Pronostico. — Il pronostico varia a seconda un' immensità di circostanze. Per ben stabilirlo, bisogna aver riguardo alla intensione delle esacerbazioni ed ai sintomi predominanti, mentre questi anno luogo. Gli accidenti cerebrali trascinano sempre grave pericolo. Il raffreddamento delle estremità quando si manifesta allo sviluppo ed è accompagnato dal colore blò cianico della pelle è di tristissimo presagio. Le febbri remittenti sono tali affezioni gravi che spesso uccidono la metà degl' individui che assalgono, e formano una delle cause principali della mortalità ne' climi caldi. A Filadelfia però sembra che soltanto un decimo degl' individui sarebbe vittima di questa malattia. Grandi differenze però esistono a quest' oggetto da un luogo all' altro, e negli stessi paesi da un anno ed anche da una stagione all' altra.

Etiologia. — Altro non sappiamo sull' etiologia della malattia, se non che questa è propria de' climi caldi, ed incrudelisce ne' luoghi paludosi. Si osserva specialmente nelle Indie Orientali, in Africa, in tutte le provincie sottomesse al nostro dominio, e sopra tutto sulle coste occidentali, dove un Europeo difficilmente dimora un anno senza soffrire qualche attacco; ciò è almeno dimostrato dalle statistiche pubblicate in Inghilterra. La malattia regna ancora in moltissimi luoghi dell' America, specialmente nelle Antille. Si osserva nelle Caroline e nella Luigiana; in fine in Europa negli stati i più meridionali, specialmente in Grecia, ed anche in alcuni de' nostri dipartimenti dove esistono molte paludi; a Parigi però non si osserva affatto o raramente. Ne' paesi in cui questa malattia regna, si manifesta con preferenza dal mese di Agosto al mese di Ottobre. È rara in quelli che anno meno di sedici anni, è frequentissima nell' adulto, e si sviluppa spesso senza causa manifesta; frequentemente però si osserva in seguito d' una insolazione prolungata, specialmente quando gl' individui sono stati sottoposti poi alla influenza dell' umidità. Nulla di preciso si conosce sull' azione delle altre cause.

Cura. — Il solfato di chinina è l' unico rimedio specifico nelle febbri remittenti. Ordinariamente si amministra alla dose di 75 centigramme; e ne' casi gravi, perniciosi, alla dose di 1 a 2 gramme e più. Per amministrare il rimedio si sceglie il momento della remittenza, cioè l' istante in cui il polso si rende molle e cedevole, ed in cui la pelle tende ad umettarsi. Se però esistono accidenti perniciosi, siccome il pericolo può essere imminente, bisogna dare il solfato di chinina appena si è chiamati, fosse pure durante l' esacerbazione. Il solfato di chinina, possiede l' effetto ordinario di prevenire, o almeno di rendere meno intenso il parossismo seguente. Diciamo però che le preparazioni di china-china non possiedono contro le febbri remittenti quella stessa efficacia che hanno contro le febbri intermitteenti. Vi sono in fatti epidemie ed alcune stagioni nelle quali il solfato di chinina agisce debolmente, lentamente, e qualche volta manca affatto; ciò lo à fatto considerare, da alcuni medici, assolutamente inutile, ma a torto.

La cura della febbre remittente possiede ancora alcuni altri mezzi ordinariamente accessori, ai quali si è dato il vanto siccome curativi. In primo luogo sono stati collocati i salassi generali e locali. I primi però sono sempre funesti, poichè a qualunque epoca siano essi impiegati, ordinariamente sono seguiti dal collasso, in mezzo al quale i malati periscono. I salassi locali producono spesso lo stesso inconveniente, ma però ad un grado minore, specialmente quando l' individuo è rebusto; se il dolore e la tensione degl' ipocondri e dell' epigastrio sono

considerabili, potrebbe tornar vantaggioso applicare su queste parti alcune coppe scarificate; si cercherà pure di combattere gli accidenti cerebrali coll' applicazione delle sanguisughe dietro le orecchie o colle ventose alla nuca. La perdita del sangue, siccome lo dice Twining, non è manifestamente utile che al principiar del primo o secondo parossismo; più tardi è un rimedio molto dubbio; bisogna dunque risparmiare il sangue, e solamente farlo estrarre quando è imperiosamente commodato da qualche congestione o infiammazione grave; però anche in questo caso bisogna agir con prudenza, e prestar grande attenzione alla scolo sanguigno. I medici francesi che hanno esercitato la professione nella Morea, i Signori Roux e Pallas specialmente, hanno insistito sul pericolo che potevano recare le emissioni sanguigne anche locali; essi raccomandano di non usarle che con grande circospezione. I rivellenti esterni, uniti al solfato di chinina, hanno prodotto de' risultati i più decisivi ed inaspettati, (rapporto del Signor Pallas). Il Signor Stewardson è pure conosciuto i vantaggi de' rivellenti. Quindi, quando lo stupore è grande, consiglia l' applicazione d' un vescicante alla nuca; lo stesso medico è pure conosciuto l' utilità di applicare questo esutorio sugl' ipocondri e sull' epigastrio, ogni qual volta i dolori di queste regioni sono vivi e quando esiste oppressione ed una grande irritabilità allo stomaco. Internamente i malati faranno uso di bevande acidolate, gassose, fresche, o anche ghiacciate. Si manterrà il ventre lubrico mediante i clisteri o gli ecoprotici; bisogna però evitare i purganti drastici, come quelli che impiegano troppo spesso i medici inglesi. Il mercurio dolce, questa specie di panacea, sembra esser privo di qualunque efficacia.

Natura. — Da tutto ciò che abbiamo detto, torna inutile voler insistere per provare l' identità completa delle febbri remittenti ed intermittenti; le une e le altre riconoscono in fatti le stesse cause, hanno sintomi comuni, lo stesso corso e si curano il più delle volte con successo mediante la china-china. Sembra che questi due generi di malattie differiscono soltanto tra esse pel *grado*. Baumes ragionevolmente à detto nel suo *Traité des fièvres*, che per creare una febbre remittente anzichè intermittente era necessario qualche cosa di più. In fatti quest' autore faceva dipendere la prima dall' attività più o meno grande di cause morbose. Altri, con i signori Nepple e Maillot, hanno spiegato la remittenza della febbre mediante l' esistenza di qualche irritazione o infiammazione viscerale, la quale persisterebbe dopo gli accessi. Le ricerche però di anatomia patologica non giustificano questa opinione, mentre abbiamo precedentemente veduto che le lesioni dello stomaco non erano così gravi per poter spiegare l' apparato sintomatico che si osserva, e d' al-

tronde non è provato che queste lesioni non potessero essere più frequentemente cadaveriche. Finalmente le ricerche de' signori Léonard e Folley sulla composizione del sangue, escludono qualunque idea d'un lavoro infiammatorio. Si considererà dunque la febbre remittente siccome una malattia sintomatica della lesione della milza o del fegato? A questa opinione però si possono opporre tutte le ragioni che si oppongono a coloro i quali voglio localizzare le febbri intermittenti nella milza, cioè che la lesione di questo viscere può esistere, anche ad un grado eminente, senza suscitare la febbre; può spesso mancare nei primi tempi; può aumentarsi quando la febbre diminuisce, ed anche quando è completamente scomparsa. Bisogna dunque considerare l'accresciuto volume ed il rammollimento della milza come una conseguenza, un esito, e non una causa della febbre. Nessuno ardirà, io credo, sostenere che la causa de' disordini funzionali e della febbre abbia sede nell'alterazione del fegato; in fatti questa non è come la lesione della milza un'origine infiammatoria; questa impossibilità in cui ci troviamo di poter rannodare la febbre alla lesione d'un solido, ha portato gli autori a supporre una causa più generale, ed a considerare la malattia come ligata ad un'infezione o un'alterazione del sangue, alterazione la quale porterebbe una reazione su tutto l'organismo.

DELLA FEBBRE PSEUDO-CONTINUA

I medici i quali hanno esercitato la professione ne' paesi paludosi hanno osservato per molto tempo esistere in queste località delle febbri continue semplici o accompagnate da alcuni accidenti perniciosi, i quali riconoscono la stessa origine delle febbri intermittenti e remittenti, e cedono come queste ultime, all'amministrazione delle preparazioni della china-china. Queste affezioni febbrili costituiscono le *febbri pseudo-continue*; così nominate perchè simulano affatto per il loro andamento le malattie puramente continue. La febbre *subcontinua* di Torti sembra piuttosto riportarsi alle febbri remittenti anzichè alla specie di cui ora trattiamo.

Al Signor dottor Maillot spetta tutto il merito d'aver richiamato l'attenzione de' medici, specialmente de' medici militari su questo punto della scienza quasi dimenticato.

La febbre pseudo-continua è la forma più rara delle malattie prodotte dall'infezione paludosa. In fatti è frequentissima cosa veder nascere, sotto l'influenza delle esalazioni paludose, un movimento febbrile, il quale presenta una continuità perfetta, cioè senza manifesta intermittenza o remittenza. Qui intendo parlare soltanto del nostro clima; poichè non succede

lo stesso sotto altre latitudini. Il Signor Maillot, in fatti, è veduto, che in Algeria, e specialmente a Bona, nel mese di giugno esistono soltanto delle febbri intermittenti o pseudo-continue; la remittenza e la subentranza sono perfettamente cessate: però queste affezioni si ligano allo stesso principio, perchè il solfato di chinina possiede un' eguale efficacia contro di esse.

Sintomi. — La febbre può essere continua sin dallo sviluppo o addivenir tale a poco a poco. Comincia allora un accesso intermittente quotidiano, il quale si ravvicina e s'incatena, cessando qualunque apparenza parossistica, finalmente la malattia è affatto simile ad una piressia continua. Raramente però, non ostante l'apparenza della più completa continuità è dato di non osservare, allo sviluppo almeno, i raddoppiamenti periodici più o meno distinti che la febbre aveva al suo principio. Ecco perchè mi sono indotto a dire che la febbre pseudo-continua vera era eccessivamente rara; perchè sia dal primo momento della esistenza de' parossismi regolari, la febbre deve appartenere alla classe delle remittenti. Nella febbre pseudo-continua spesso esiste soltanto un semplice movimento febbrile, altre volte, come abbiamo già detto, alcuni accidenti gravi di febbri perniciose anno luogo, specialmente de' sintomi cerebrali.

Corso. — La febbre pseudo-continua, se per poco si prolunga, tende moltissimo a complicarsi con gli accidenti tifoidei. Allora la lingua si fa arida e bruna; i denti si covrono di fuliginosità; la prostrazione è estrema, vi sono alienazioni mentali, sopravviene il delirio, il coma ed i sussulti de' tendini; allora quasi sempre la malattia à un esito funesto. Altre volte, sia spontaneamente, sia sotto l' influenza d' un trattamento curativo analogo, la continuità della febbre è troncata da parossismi regolari o da una vera intermittenza.

Diagnosi. — Se la febbre si mostra continua a primo aspetto; se al momento dello sviluppo, qualche sintomo grave pernicioso appare, si è spesso esposti alla sconoscenza della vera natura dell' affezione, la quale allora termina prontamente colla morte. In questi casi, il paese in cui si osserva e la natura delle malattie regnanti sono le sole circostanze che possono qualche volta risvegliare l' attenzione del medico, poichè nessuna particolarità capace di ridestare l' origine può essere osservata nel corso de' sintomi; un tale imbarazzo però succede raramente, poichè quasi in tutti i casi, se parossismi regolari non si osservano, dall' interrogatorio e la testimonianza de' parenti si conoscerà che la malattia à presentato sin dal suo sviluppo ora degli accessi puramente intermittenti, più spesso de' parossismi remittenti, i quali sono finalmente scomparsi.

Pronostico. — Il pronostico della febbre pseudo-continua è a poco presso quello della febbre remittente.

Cura. — Non avendo osservato la febbre pseudo-continua, ed i lavori da me consultati, specialmente l'opera del Signor Maillot, non essendo stati di mia piena soddisfazione, dirò appena quale regola deve tenersi nella cura della malattia. Ecco però quel che mi sembra più ragionevole. Se la febbre è semplice, se non è complicata ad alcun accidente pernicioso, se la reazione è viva, è indicato il salasso; se esistono segni di congestione o di flogosi verso qualche viscere, si applicheranno le ventose o le sanguisughe. Questo metodo basta spesso per interrompere la continuità della febbre, la quale facendosi remittente o anche intermittente, può allora esser facilmente attaccata dal solfato di chinina, il quale si amministra come precedentemente abbiamo detto. Se esistono sintomi perniciosi, credo che atteso il pericolo il quale minaccia i malati, non dovrebbe posarsi d'un momento l'amministrazione del sal di chinina, dopo l'uso de' salassi, supponendo però che questi siano indicati per la natura de' sintomi e permessi dallo stato delle forze, vorremmo che si unissero contemporaneamente le preparazioni di china-china. Questo medicamento e gli eccitanti diffusivi aiutati dai rivellenti cutanei, sono i soli mezzi a' quali bisogna ricorrere quando la febbre si complica con accidenti tifoidei.

Natura. — La febbre pseudo-continua è la stessa natura, la stessa origine della febbre intermittente, dalla quale differisce soltanto per la continuità accidentale del movimento febbrile. Han cercato di spiegare questa continuità nello stesso modo siccome si era spiegata quella della remittente, cioè per lo svolgimento e la preesistenza delle lesioni viscerali negli organi digestivi e loro annessi. Lo sparo de' cadaveri però non ancora à risoluto questa quistione, e le analisi del sangue praticate da' signori Léonard e Folley allontanano qualunque idea d'un lavoro infiammatorio. Checchè ne sia, la scienza attende novelli fatti per dilucidare tutto ciò che à rapporto colla febbre pseudo-continua, la storia della quale è ancora ignorata.

QUINTO GENERE DI FEBBRI

DELLA FEBBRE ETICA

Sinonomia. — *Febricula; febbre lenta.*

Sotto il nome di febbre *etica* s'intende una febbre continua o remittente d'una lunga ed incerta durata, la quale offre come sintomi più distinti una emaciazione progressiva che spesso si prolunga sino al marasmo.

Gli autori hanno diviso questa febbre in tre priodi. Nel primo (*febris inchoata*), non si osserva altro se non che una di-

minuzione nell'appetito, nelle forze e nella grassezza; il malato è pallido; vi sono alternative di freddo e calore. Nel secondo periodo (*febris adulta*) l'emaciazione progredisce, la debolezza aumenta, la digestione è stentata, la febbre continua, ed offre de' raddoppiamenti in ogni sera. Questi sintomi si aggravano sempre più. Gli occhi si fanno infossati, le tempie incavate; le coste sono protuberanti, il ventre è depresso, tutte le parti molli sono atrofiatate; la pelle si fa arida e si covre di forfora, l'evacuazioni accrescono ancora la debolezza, gli estremi s'infiltrano ed il malato muore nell'ultimo grado del marasmo. Questa febbre ha una durata incerta; non è quasi mai minore di due o tre mesi. La morte è quasi sempre il risultato più costante.

Da quel che abbiamo detto precedentemente, che la febbre etica era quasi sempre sintomatica, bisogna, quando esiste, rintracciare la causa produttrice e sostenitrice. In alcuni casi però torna difficile poter rannodare la malattia ad una lesione determinata, in ragione del piccolo numero de' sintomi locali che si osservano. Ricordandosi però che i tubercoli polmonari sono la causa più ordinaria della febbre etica, conoscendo che questa lesione organica produce per se sola molte febbri etiche in preferenza di tutte le altre cause riunite, si sarà trasportati a sospettarne l'esistenza ogni qual volta la febbre non troverà la sua spiegazione in qualche lesione manifesta od in un dispiacere violento, negli eccessi, o nelle eccessive evacuazioni.

Il pronostico della febbre etica è sempre grave, è però sempre subordinato alla natura delle lesioni delle quali la febbre è il sintomo.

Cause. — Da Ippocrate fino a' giorni nostri si è parlato della febbre etica. Gli antichi la consideravano quasi sempre come essenziale; ma i moderni lavori hanno provato che essa era quasi sempre sintomatica di qualche lesione viscerale; ciò era stato perfettamente stabilito da Cullen. Le malattie che per lo più sostengono la febbre etica sono: i tubercoli polmonali e mesenterici, le vaste suppurazioni, le carie delle ossa, l'infiammazione cronica delle membrane mucose, intestinale, respiratoria e genito-urinaria. Altre volte, la febbre si manifesta in seguito della spossaltezza che produce la secrezione eccessiva d'un fluido naturale, come l'urina, il sudore, il latte, la saliva. Si è anche osservata in seguito di abbondanti emorragie. I patemi dell'animo, i dispiaceri, la nostalgia, le fatiche eccessive, i dolori violenti, come certe nevralgie ostinate, la privazione degli alimenti o un insufficiente nutrimento, possono ancora essere causa della febbre etica.

Finalmente lo stato di gravidanza può, in alcune donne, suscitare per se solo un apparato febbrile quasi continuo con

delle esacerbazioni notturne e simulare affatto una febbre sintomatica d'una tubercolosi polmonale. Burns, ed il signor Jacquemier, nel suo *Taité d'obstétrique* citano un fatto di questo genere, io stesso ne ho osservato uno da circa un anno addietro. La donna, demagrita, minacciata dalla febbre e da sudori notturni, ha veduto tosto finire gli accidenti subito dopo espulso il feto di sette mesi, e poi a ricuperato tutti i segni della più florida salute. Questi fatti sono d'altronde rari, ed è cosa poco frequente veder la febbre svilupparsi colla gravidanza e persistere durante tutto il suo corso. Questi accidenti finiscono per lo più verso il quarto o quinto mese.

Dietro questa enumerazione delle cause della malattia, chiaro apparisce doversi ammettere delle febbri, le quali non possono essere spiegate per alcuna lesione materiale manifesta dei solidi e de' liquidi. Questo è fatto raro e puramente eccezionale, ma non potrebbe esser negato, poichè il signor Chomel ha veduto due febbri etiche occasionare la morte, senza che l'autopsia avesse presentato alcuna lesione capace di spiegare i sintomi osservati durante la vita.

Cura. — Il metodo curativo è variabile; nulla può opporsi alla febbre essa stessa; ma tutti i mezzi che l'arte possiede saranno diretti a combattere le affezioni delle quali la febbre etica è quasi sempre il sintomo. Per quei casi rari di febbre essenziale, basta il più delle volte togliere la causa produttrice perchè la febbre cessi più o meno rapidamente.

SECONDA CLASSE DI MALATTIE

DELLE MALATTIE COSTITUITE DA UN VIZIO DI PROPORZIONE DEL SANGUE.

Avvi una classe di malattie costituite, siasi per un'alterazione di quantità della massa del sangue, sia per un difetto di proporzione ne' globetti, i quali ora sono eccessivi, ora al di sotto del numero fisiologico. In questa classe esistono malattie generali e locali, secondo che i vizi di proporzione di cui parliamo agiscono sulla intiera massa, o soltanto sopra una porzione di questo liquido che si porta verso il tale o tale organo. Nelle malattie generali troviamo la pletora e l'anemia, alla quale ravvicineremo la clorosi. Nelle malattie locali consistono tutte le congestioni sanguigne e le anemie locali. Queste ultime affezioni sono unicamente costituite dal perchè il sangue si porta in minore o maggior quantità ne' capillari d'un organo o in una porzione d'un organo, senza che necessariamente abbia avuto luogo qualche cambiamento palpabile nelle parti che co-

stituiscono questo liquido; mentre nella pletora e nell'anemia esiste contemporaneamente alterazione nella quantità della massa del sangue e cambiamento di proporzione in una delle parti che costituiscono questo liquido.

Le malattie di questa classe possono dividersi in due generi, nel primo collocheremo le malattie nelle quali il sangue è eccessivo; nel secondo saranno comprese quelle affezioni nelle quali questo liquido è difettoso.

PRIMO GENERE

MALATTIE PER ECCESSO DEL SANGUE

DELLA PLETORA O POLIEMIA

Secondo il linguaggio degli antichi medici, la parola *pletora* (da Πληθωρα, *replezione*) serviva ed indicare la soprabbondanza reale o supposta di certi liquidi, come il sangue, la linfa, la bile, lo sperma, il latte, ec., oggi però questa parola è riserbata esclusivamente per esprimere secondo alcuni che la quantità del sangue contenuta nel sistema circolatorio è molto più considerabile di quello che i bisogni della economia richiegono, secondo altri s'intende esservi solamente soprabbondanza di globoli.

Dietro questa definizione, la pletora costituirebbe sempre uno stato morboso molto ben definito: però si ammette generalmente col signor Chomel, esistere una pletora permanente e costituzionale, la quale per certi individui costituisce uno stato fisiologico, poichè è in rapporto col regolare esercizio di tutte le funzioni. Nel caso contrario, la pletora chiamasi morbosa.

Anatomia patologica. — Tutta l'anatomia patologica si limita allo studio delle alterazioni del sangue. L'opinione più generale, e più anticamente abbracciata si è quella che nella pletora vi è aumento nella massa del sangue. Ciò è molto probabile; ma riesce impossibile però di poter dimostrare rigorosamente il fatto. Studiando ora quali sono le qualità fisiche del sangue de' pletorici, troveremo che questo liquido estratto dalla vena presenta un coagulo voluminoso, d'una mediocre consistenza, senza cotenna, e soltanto alcune volte si osserva una pellicola trasparente o de' globetti sparsi. I signori Andral e Cavarret hanno provato, in opposizione alla opinione generalmente ricevuta, che nella pletora la fibrina rimaneva tal quale nello stato fisiologico si osserva, poichè su 31 salassi hanno trovato per media proporzione di questo principio 2, 7 (il massimo normale è 3 $\frac{1}{2}$). Hanno pur stabilito che il sangue di

cui parliamo era notabile per la minor quantità di acqua che conteneva, e specialmente per l'accresciuto numero de' globoli, che di 127, media normale, potevano arrivare sino a 154, e nella pletora, per media proporzione, il numero è di 141. In questi ultimi tempi, i signori dottori Becquerel e Rodier hanno contrastato l'esattezza di questi risultati (*Gaz. méd.* 1844); hanno in fatti sostenuto che nella pletora il numero de' globoli non era accresciuto, ed hanno considerato i numeri che i signori Andral e Gavarret hanno stabiliti, per quel che riguarda la proporzione de' globoli del sangue, siccome l'espressione dello stato normale (1). Chiaro apparisce dunque che la quistione merita novelli studi ed essere più ampliata di quel che non si è fatto fin' ora; però, dando luogo al tempo, ammettiamo come veri i numeri stabiliti da' due professori.

Sintomi. — I segni della pletora possono manifestarsi bruscamente, in seguito di alcune cause occasionali, delle quali più tardi parleremo. Nella pletora si osserva una specie di roschezza e di tumescenza di tutto l'involucro cutaneo, la quale consiste nella replezione di tutto il sistema capillare. Questo stato è specialmente notabile alla faccia, alle mani, i cui movimenti di flessione sono difficili, ai piedi, i quali si rendono pesanti e compressi sotto la calzatura. Il polso è largo e duro; i battiti del cuore sono energici; alcune volte nella pletora delle donne gravide, siccome lo ha osservato il signor Jacquemier, si sente un rumore di soffio; ma questo fenomeno è raro eccettuato il caso di gravidanza: il signor Andral sostiene che non ha avuto mai luogo. Tutte le vene sono tese, e la circolazione si esegue lentamente. Si può essere anche convinti mediante la percussione, siccome lo ha fatto notare il primo il signor Piorry, che i principali serbatoi del sangue, e specialmente il cuore ed il fegato, occupano un maggiore spazio; gli stessi polmoni sono qualche volta ingorgati alla loro parte posteriore, come lo prova la diminuzione della sierosità e della espansione vescicolare.

L'individuo pletorico prova delle stanchezze ed uno stato generale di pesantezza; egli è infingardo; il suo lavoro è penoso, rimane assopito quando sta in riposo, il suo sonno è pesante, agitato da sogni; si risveglia difficilmente. La testa è pesante; soffre vertigini, sussuri negli orecchi; la faccia si

(1) I signori Becquerel e Rodier rimproverano a' signori Andral e Gavarret di non aver dato una media proporzione per ciascuno de' sessi. Altrimenti procedendo han detto che la proporzione de' globoli era minore nella donna. Secondo questi autori, il numero medio in essa di 127, il maximum di 137, il minimum di 113, mentre nell'uomo avrebbero trovato 141 per media proporzione, 151 per maximum e 131 per minimum.

fa momentaneamente più rossa; i malati si lagnano d'una sensazione di calore incomodo; ciò chiamasi *rampori di calore*. Nello stesso tempo l'appetito è diminuito o perduto; i scarichi ventrale sono rari; le urine sono rosse; i sudori abbondanti: spesso vi è poca oppressione.

Corso, durata, termine. — Questi sintomi possono prolungarsi per molti giorni, una o molte settimane, o più mesi, con delle alternative; poi diminuiscono e finiscono spontaneamente. Altre volte la malattia si giudica mediante una emorragia, un sudore abbondante, un flusso orinario o intestinale, una febbre effimera. Il Signor Chomel osserva giustamente che in questa affezione le ricadute sono rare, mentre le recidive sono frequentissime. La malattia si riproduce con gli stessi sintomi e termina sempre nello stesso modo.

La plethora è una causa predisponente o efficiente di molte malattie; perciò molte congestioni sanguigne o emorragie non riconoscono altro causa se non che lo stato plethorico. Si dice pure che la plethora predispone alle infiammazioni; questa opinione però è stata emessa per semplice analogia, ed in conseguenza delle idee che si erano stabilite sulla composizione del sangue, che credevano ricchissimo di fibrina. Il signor Andral poi si è assicurato coll'osservazione clinica che questa opinione era priva di ogni fondamento.

Diagnosi e prognosi. — La diagnosi non offre mai alcuna difficoltà. Il pronostico non è mai pericoloso, eccettuato però quando la plethora, recidivando frequentemente, si complica con uno stato di congestione permanente dal lato di qualche viscere importante.

Etiologia. — La plethora, rara nell'infanzia e nell'adolescenza, è più frequente nel periodo medio della vita; le donne vi sono più soggette degl'uomini, ciò si spiega per la vita sedentanea, per i disturbi della mestruazione, e finalmente perchè la sanguificazione è molto più attiva nelle donne a causa della emorragia mensile. La gravidanza è una causa frequentissima della plethora nella donna, forse ciò dipende dalla soppressione delle regole, dalla mancanza più completa dell'esercizio accompagnato ad un alimento più abbondante. La plethora raramente assale gli uomini robusti dediti a faticosi lavori. Essa assale al contrario gl'individui sanguigni, corpulenti, grassi, col volto colorato, i quali faticano poco, che poco esercitano l'intelligenza, che dormono molto e mangiono assai. La primavera è la stagione più propizia alla plethora. Questo stato si sviluppa qualche volta dietro una occasione di qualche causa che eccita la circolazione; così, esporsi ad una temperatura elevata, l'immersione in un bagno molto caldo, un eccesso della tavola, una scossa morale, la soppressione d'una emorragia, o la trascuranza d'un salasso abituale sono cause frequenti.

Cura. — Il salasso generale è il mezzo per eccellenza per combattere la pletora; si aggiungeranno alcuni lassativi, le bevande diluenti, diuretiche, ed un dolce regime.

Se la pletora frequentemente recidiva, bisogna costringere gl' individui ad un severo regime: quindi il loro nutrimento sarà tutto vegetabile erbaceo e di carni bianche, si asteranno dal prendere i liquori spiritosi ed i vini generosi, manterranno il ventre lubrico coll' uso de' clisteri; eserciteranno la macchina con lunghe passeggiate a piedi, attiveranno la traspirazione; finalmente faranno poco uso de' salassi, perchè questi quando sono ripetuti, come le emorragie costituzionali, anno l'inconveniente di attivare la sanguificazione, e per conseguenza è una causa lontana della pletora.

DELLA CONGESTIONE SANGUIGNA IN GENERALE

Si dà il nome di congestione (da *congere* ammassare), d'*iperemia* o di *pletora locale* all' accumulo del sangue in maggior quantità dello stato normale, in una parte qualunque del corpo.

Si distinguono due varietà o specie di congestione: 1.° Una congestione *attiva* o *stenica*, nella quale si è supposto un aumento nella vitalità delle parti: ciò dovrebbe indicarsi sotto il nome di *flussione*; 2.° una congestione *astenica* o *passiva*, cioè per effetto del rilasciamento o atonia de' vasi, sia che questa congestione abbia luogo spontaneamente, sia che risulti da un ostacolo meccanico nella circolazione venosa. A quest' ultima specie si potrebbero ravvicinare le congestioni chiamate *cadaveriche*, cioè quelle che si formano dopo la morte o negli ultimi momenti della vita.

Anatomia patologica. — Quando in un organo vi è congestione, la quantità del sangue che dovrebbe contenere nello stato normale si aumenta. Per quest' accumulo, il suo volume si è fatto più considerabile, e si osserva un cambiamento nel colorito del tessuto, il quale è del color rosa, rosso o nerastro. L' aumento del volume, non solamente è prodotto dalla maggior quantità di sangue contenuto ne' vasi, ma pur anche da un infiltramento sieroso nelle maglie del tessuto cellulare; poichè le congestioni, quando per poco si prolungano, spesso si complicano all' edema, il quale probabilmente è prodotto dalle stasi sanguigne e dalla difficoltà con la quale questo liquido circola nella parte iperemiata. La congestione può occupare tutto l' organo, o essere soltanto parziale. Se la parte affetta dalla congestione è formata da due tessuti o da due sostanze d' ineguale composizione vascolare, siccome lo sono il cervello ed i reni, si osserverà quasi sempre che la congestione è poco considera-

bile là dove normalmente esiste un maggior numero di vasi. A cose eguali però, la congestione è quasi sempre più manifesta nelle parti declivi; lo che non bisogna sempre attribuire ad un effetto cadaverico, specialmente per rapporto a' polmoni; di ciò se ne potrà esser convinti in appresso. Un tessuto semplicemente nello stato di congestione non a subito alcuna modificazione nella sua consistenza: se poi qualche volta questa si trova diminuita, deve allora riportarsi alla quantità de' liquidi da' quali è impregnato; quindi premendo il sangue ed il siero che vi si contiene, quasi sempre acquista la sua normale densità; basta pur anche lavarlo, o metterlo in macerazione per alcune ore nell'acqua perchè perda il suo colorito: questo stesso risultato si otterrebbe pure iniettando questo liquido ne' vasi. Tutto ciò prova che nella congestione, il sangue semplicemente stagnato ne' capillari, non è affatto combinato con i tessuti. È superfluo il dire che quando in un organo vi è congestione, i vasi debbono comparir più considerabili. La loro distensione può anche divenir tale da succederne la lacerazione, ed allora anno luogo le emorragie circoscritte o diffuse, secondo l'abbondanza del sangue, il volume de' vasi e la organizzazione dei tessuti. La dilatazione de' vasi nelle parti prese da congestione sembra esser quasi sempre consecutiva, poichè l'esame microscopico fa conoscere sin dallo sviluppo della congestione, come dicono, che i capillari sono ristretti, dal che ne risulta una diminuzione nel calibro de' medesimi ed un acceleramento proporzionato nel corrente circolatorio. Poichè è dimostrato in fisica, che, quando un liquido camina in un tubo con una certa velocità, se si restringe questo tubo senza diminuire la forza impulsiva, il liquido deve necessariamente caminar con più velocità. Questo stato contrattivo de' capillari è molto passeggero; spesso finisce così rapidamente, che sembra mancare. Il Signor Dubois d'Amiens, à pure concluso in seguito delle sue ricerche microscopiche che, nella congestione, il sangue si limita a distendere i capillari di prim'ordine, cioè quelli che sono continui ed intermedi alle arterie ed alle vene, mentre quando i capillari più sottili e naturalmente bianchi s'ingorgano a sua volta, l'iperemia passa alla emorragia o alla infiammazione. Non fa d'uopo prevenire il lettore che questa opinione deve accettarla con una certa riservatezza, siccome tutte quelle le quali risultano soltanto da osservazioni microscopiche. L'iperemia non vien caratterizzata da alcuno stato speciale del sangue.

I caratteri anatomici precedentemente descritti che riguardano le congestioni si dissipano rapidamente negl'ultimi istanti della vita; ciò spiega perchè allo sparo di certi cadaveri non si osservano le tracce delle congestioni diagnosticate durante la vita, e che per tanto anno prodotto gravissimi accidenti.

Sintomatologia. — Una congestione può aver luogo bruscamente o a poco a poco; può essere preceduta o accompagnata da sintomi generali estremamente variabili; vien però caratterizzata da disturbi locali che variano a seconda di moltissime circostanze e secondo l'organo che è la sede della congestione. Così quando la parte iperemiata è esterna, si vede arrossirsi ed accrescere di volume; la sua temperatura sembra innalzarsi, e le arterie che l'attraversano battono con più forza del solito. Spesso i malati vi provano una sensazione di calore, un dolore ottuso o una specie d'idolenza. Le funzioni dell'organo sono più o meno pervertite, e ciò varia dal semplice disturbo appena osservato sino alla sospensione completa della funzione, siccome si osserva in certe congestioni cerebrali, le quali, come lo diremo appresso, possono uccidere rapidamente e quasi istantaneamente.

Corso, durata, termine. — I sintomi propri delle congestioni possono arrivare bruscamente al loro massimo grado d'intensione; altre volte offrono per qualche tempo un andamento crescente. Però la loro durata è generalmente breve: raramente oltrepassa il terzo o il quarto giorno. Può pure prolungarsi molti mesi, come anche dura soltanto alcuni minuti; questi casi sono però eccezionali. Niun rapporto può d'altronde stabilirsi tra la violenza della congestione e la sua durata. Accade in fatti vedere una congestione cessare in un punto e manifestarsi in un altro, per questo può vedersi in alcuni giorni gli organi più lontani, interni o esterni, essere assaliti da un movimento flussionario. Il Signor Trousseau, il quale ha osservato molti fatti di questo genere, dice che questa variabilità nella sede delle congestioni si osserva soltanto nelle clorotiche.

Nella maggior parte de' casi la congestione termina per delitescenza o per risoluzione. Questa è alle volte accompagnata da qualche movimento critico per parte della pelle o del tubo digestivo; altre volte l'iperemia si risolve mediante una emorragia che ha luogo dall'organo affetto da congestione o da qualche parte vicina; finalmente, in casi più rari, si sviluppa una infiammazione più o meno grave.

Poche malattie vanno tanto soggette alle recidive quanto le iperemie. Ragionevolmente si è detto che le congestioni chiamavano altre congestioni, e quando un organo è colpito da flussione una volta, vi è molta tendenza alla recidiva. In alcuni individui queste iperemie hanno luogo sempre verso lo stesso punto, e ad intervalli più o meno ravvicinati e qualche volta regolari. La riproduzione frequente delle congestioni in un medesimo organo finisce col produrre diverse lesioni consecutive, come uno stato vascolare più grande, e più tardi un aumento di volume o una ipertrofia. Al contrario, non è affatto dimo-

strato, che le parti affette più volte da iperemia possano diven-
tar la sede delle lesioni organiche o de' prodotti accidentali. Suc-
cede però frequentemente che, nella compage d'un tessuto cro-
nicamente affetto, si formi di tempo in tempo qualche conge-
stione sanguigna attiva, la quale porta per consèguenza l'au-
mento momentaneo de' patemi; ed imprime un andamento più
rapido alla lesione organica.

Diagnosi. — Torna difficil cosa alcune volte poter distin-
guere una iperemia al primo grado dalla infiammazione o da una
emorragia interstiziale. A questo scopo non possiamo stabilire
alcuna regola generale per la diagnosi; ma trattando di cia-
scuna iperemia avremo cura di esporre le difficoltà de' casi par-
ticolari, cercando come poterne trionfare.

Pronostico. — Il presagio varia secondo la forma della con-
gestione o la sua persistenza, secondo l'importanza dell' orga-
no affetto, finalmente secondo il modo di terminare, ec.; ciò
verrà spiegato in seguito quando tratteremo di ciascuna iperemia
in particolare.

Etiologia. — Tutti gli organi possono andar soggetti alle
congestioni; ma la frequenza delle iperemie in ciascuno di essi
sta quasi sempre in ragione diretta della quantità de' vasi che
contengono; così l'utero, il cervello, i polmoni, il fegato,
la milza e le membrane mucose sono gli organi i quali vanno
più soggetti alla congestione. Le iperemie si formano in tutte le
età, e tanto più facilmente in quanto che gl'individui sono più
debitati ed il sangue depauperato, anzi che in quelli i quali
si trovano nelle opposte condizioni; l'età però esercita una gran-
de influenza sulla sede delle congestioni, e sur i loro sintomi.
Lo stato pletorico ed una grande irritabilità nervosa sono le due
condizioni organiche le quali predispongono moltissimo alle con-
gestioni. Queste si manifestano il più delle volte spontaneamen-
te senza che si potesse indicare alcuna causa determinante; al-
tre volte succedono manifestamente dietro qualunque causa di
eccitamento locale o generale; frequentemente l'afflusso del san-
gue verso una parte è in rapporto colle variazioni istantanee
nella pressione atmosferica o nella temperatura.

In quanto alla causa intima del fenomeno, non possiamo
conoscerla. Spiegare, in fatti, la congestione per uno spasmo
delle vene, delle arterie, del cuore, ec., vale soltanto a sta-
bilire una gratuita ipotesi senza poterla sin ora giustificare.

Cura. — Le congestioni steniche esigono un metodo di cu-
ra attivo, come i salassi generali, gli energici derivativi, cioè
i rivulsivi cutanei, i purganti drastici, ed anche i diuretici.
Alcune volte, perchè l'organo sia completamente purgato biso-
gna ricorrere a' salassi locali, e specialmente alle sanguisughe,
che debbono applicarsi in gran numero perchè uno scolo di san-

gue abbondante abbia luogo; diversamente praticando potrebbero produrre un effetto contrario. Finalmente vi sono congestioni ostinate, o pure si riproducono frequentissimamente, in modo che si è obbligati, per combatterle o per prevenire la loro ripristinazione, di applicare permanentemente un largo esutorio lungi dal punto dove la congestione si forma. Si può ancora applicare di tempo in tempo alcune sanguisughe. A questi mezzi si aggiungono i clisteri, i diuretici, l'astinenza delle bevande stimolanti e degli alcoolici; finalmente si prescrive un regime diluente. In quelli di temperamento nervoso, sono utilissimi i bagni tiepidi o freschi, uniti o senza abluzioni, non che gli antespasmodici: nelle clorotiche, l'uso de' marziali basta da se solo per trionfare delle congestioni che si osservano.

Delle congestioni passive. — Sin ora abbiamo parlato soltanto delle congestioni attive, le quali sembrano solamente aver luogo mediante un sopra eccitamento delle forze vitali; dirò poche parole di quelle le quali si manifestano al contrario in quei casi dove il principio vitale indebolito non può bilanciare la potenza delle leggi fisiche. Riconoscono spesso per causa un ostacolo nella circolazione; sono frequentissime in quelle malattie accompagnate dalla diminuzione della fibrina del sangue. Queste congestioni si manifestano verso le parti più declivi o in quelle nelle quali l'influenza nervosa è diminuita o distrutta. Si stabiliscono a poco a poco, sieguono un andamento lento, e si possono far cessare e ricomparire volontariamente, secondo che le parti sono collocate in una posizione elevata o declive.

Queste congestioni passive richieggono rare volte l'uso degli antiflogistici. Dovrebbero più spesso esser trattate con i stimolanti ed i tonici amministrati internamente o sotto la forma topica. Bisogna però che le parti prese da iperemie siano anticipatamente poste in una convenevole situazione. Quando l'ingorgo sanguigno è l'effetto d'un ostacolo al ritorno del sangue venoso, siccome ne' casi di compressione o di oblitterazione d'una vena, non rimane altra indicazione se non che quella di distruggere l'ostacolo, e se torna impossibile, bisognerà esercitare una dolce compressione sulla parte, e situarla in modo da favorire per quanto è possibile il passaggio del sangue dalla parte del cuore.

DELLA CONGESTIONE CEREBRALE

Sinonimia—*Iperemia cerebrale*; *colpo di sangue*.

Storia. — La congestione cerebrale è stata malamente indicata dagli antichi autori; essi la confondevano coll'apoplessia quando era pervenuta ad un certo grado d'intensione. Le

ricerche poi de' moderni autori, e particolarmente quelle de' signori Lallemand, Andral, Cruveiller, Rostan, Rochoux, ec., anno da lungo tempo dileguato questa confusione; grazia a questi lavori, tutti degni di esser considerati, l'istoria delle congestioni cerebrali è oggi abbastanza completa.

Anatomia patologica. — Per poter convenevolmente valutare le lesioni proprie della congestion cerebrale, bisogna richiamare alla mente che il colorito del cervello varia moltissimo nello stato normale, nelle differenti parti dell'organo, e nelle diverse età della vita. L'iperemia può occupare isolatamente o simultaneamente la sostanza bianca o grigia. Quando à luogo spontaneamente, è quasi sempre generale, mentre l'iperemia circoscritta ad un punto limitato de' centri nervosi sta quasi sempre ligata a qualche lesione materiale organica preesistente. Quando la sostanza bianca è affetta da congestione, se si taglia in pezzi, si veggono sgorgare alla sua superficie delle piccole macchie di sangue più o meno confluyente, allora si dice che il cervello è *punteggiato* come se fosse cosparso di tanti granelli di sabbia, perchè in fatti questi piccoli punti rassomigliano ad acini di sabbia rossi seminati sulla sostanza midollare. Questa disposizione si osserva in preferenza ne' lobi anteriori, nella parte convessa degli emisferi o ne' strati ottici. L'iperemia della sostanza grigia si distingue mediante lo stesso stato di piccoli punti o di acini di sabbia; il più delle volte però non si distingue che un colorito d'un rosso uniforme, e mediante la pressione si fa gemere dal tessuto una quantità di sangue più o meno considerabile; alcune volte si osserva uno spandimento sieroso ne' ventricoli, e della sierosità infiltrata nelle maglie della pia madre: ma però in tutti i casi, la polpa cerebrale conserva la sua normale consistenza, e le membrane facilmente si distaccano. Queste però spesse volte partecipano dell'innestamento di questo viscere. Secondo il Signor Rochoux, bisognerebbe ammettere (*Archives* del 1844) che il cervello non può andar soggetto alla congestione, ma che la stasi sanguigna à esclusivamente sede ne' vasi della pia madre; a questa opinione non sapremmo però partecipare.

L'iperemia cerebrale, sia stenica o astenica, acuta o cronica, si distingue sempre sul cadavere mediante gli stessi caratteri. Esiste però un'alterazione sulla quale il Signor Durand Fardel à richiamato l'attenzione, e che, secondo questo abile osservatore formerebbe il segno caratteristico della iperemia cronica. Questa lesione, che il Signor Durand appella *stato crirellato* del cervello, consiste nella riunione di piccoli canali scavati nella sostanza cerebrale, ed attraversati tutti da un vasellino; questi fori possono permettere il passaggio della punta d'un ago sottilissimo e qualche volta pur anche la testa dell'a-

go stesso. In questi casi la parte ammalata rassomiglia moltissimo, per la sua struttura e pel suo aspetto a ciò che chiamasi *lamina crivellata* del cervello situata fuori del chiasma. Le *crivellature* patologiche hanno sede specialmente negli emisferi al di sotto delle circonvoluzioni, e possono occupare una grande estensione. Il Signor Durand spiega questa lesione per la dilatazione spesso ripetuta de' vasi, i quali han dovuto così operare necessariamente una contro azione sulla sostanza del cervello. Questa spiegazione razionale è d'altronde confermata da' fenomeni di congestione osservati durante la vita di quest' individui. I fatti però citati dal Signor Durand non mi sembrano sufficienti perchè la sua opinione abbia il valore di una dimostrazione.

Sintomi. — La congestione cerebrale spesso si manifesta bruscamente, altra volta si sviluppa gradatamente. Ne' due casi, la faccia è iniettata; i malati accusano delle vertigini, offuscamenti, sussuri negli orecchi; la vista si turba; essi soffrono false visioni, la testa è pesante; le facoltà intellettuali sono ottuse; vi è tendenza al sonno; molti malati provano una gravezza, un formicolio o una pesantezza nelle membra, i movimenti della lingua sembrano difficili, e ciò imbarazza la loquela; le arterie temporali battono con forza.

Quando la congestione è più forte, i malati perdono ad un tratto la conoscenza; son privi del senso e del moto; tutti i muscoli sono in soluzione; la respirazione è stertorosa. Qualche volta invece di questa soluzione generale di tutte le membra, si osserva soltanto una paralisi circoscritta ad un membro o ad una metà del corpo. La paralisi alterna qualche volta con i movimenti convulsivi, alcune volte però questi si osservano alla parte del corpo opposta al lato della paralisi. La perdita del senso e del moto coincide il più delle volte coll'abolizione delle facoltà intellettuali; altre volte queste sono intatte; finalmente alcuni malati possono soffrire un delirio maniaco con una estrema agitazione. L'iperemia con perdita de' sensi e paralisi, forma il carattere di ciò che chiamasi *congestione apopletica*, o *colpo di sangue*.

Forme. — Si vede benissimo che i sintomi della congestione cerebrale variano molto secondo gl'individui; ciò ha indotto alcuni autori a distinguere cinque, sette ed anche otto forme differenti d'iperemia cerebrale. Se ne potrebbe ammettere anche un numero maggiore, ma queste distinzioni sono prive di qualunque importanza; per la pratica basta distinguere col Signor Rostan, una forma benigna ed una forma grave.

Corso, durata, terminazioni. — Qualunque possa essere l'aspetto de' sintomi, generalmente hanno sempre una breve durata. Alcune ore bastano spesso perchè la guarigione sia completa. Però quando vi è stata perdita di conoscenza o paralisi,

difficilmente questo stato finisce bruscamente ed anche dopo molte ore. Nella maggior parte de' casi i malati provano una specie di torpore per molti giorni ed un ostacolo in tutte le funzioni di relazione; ma raramente questi sintomi gravi di congestione cerebrale durano più di tre giorni; quando oltrepassano quest' epoca, bisogna allora sospettare qualche altra lesione cerebrale, particolarmente una emorragia o un rammollimento. È frequente osservare alcuni malati morire rapidamente in seguito d' una congestione cerebrale; molti fatti di questo genere sono stati da noi osservati. In questi casi l' autopsia cadaverica non sempre può spiegare nè l' esito funesto nè i sintomi osservati durante la vita: perciò alcuni individui morti dopo aver sofferto una emiplegia o delle convulsioni in un lato del corpo, non hanno sempre presentato la congestione più marcata in un emisfero anzi che nell' altro; nonostante tutta l' attenzione possibile nell' esame del cervello, in nessuna parte si rinviene la ragione degli accidenti i quali si erano manifestati in una parte del corpo. Quando anche i malati muoiono presentando tutti i sintomi di compressione e di collasso, nulla si rinviene che potesse spiegare un termine così funesto, meno che un leggerissimo inietramento. Bisogna dunque ammettere che l' iperemia è diminuita negli ultimi momenti della vita.

La congestione cerebrale è una di quelle malattie le quali vanno più spesso soggette alle recidive. Quando si riproduce a brevi intervalli, porta per risultato il grave disturbo delle funzioni cerebrali; così le facoltà intellettuali si abbattano, la contrattilità muscolare s' indebolisce; finalmente i malati arrivano prima del tempo ad uno stato che si ravvicina alla demenza senile.

Diagnosi. — La congestione cerebrale offre de' punti di contatto con molte malattie, specialmente colle emorragie, col rammollimento e l' aracnite. Parlando di ciascuna di queste affezioni vedremo, che la diagnosi differenziale con quella della congestione cerebrale è spesso facile. Ricorderò soltanto in questo luogo che i sintomi i quali accompagnano le congestioni del cervello, anche le più gravi, come la paralisi, il delirio e le convulsioni, scompaiono prontamente, alcune volte sono soltanto efimere, mentre hanno una più lunga durata nelle altre malattie. Così la rapidità con la quale i sintomi propri alle congestioni cerebrali spariscono, sarà un carattere differenziale della più alta importanza. Torna inutile il dire, che quando l' iperemia cerebrale uccide rapidamente, riesce impossibile poterla distinguere dall' apoplessia e dalla maggior parte delle altre cause di morte subitanea.

Sono indotto a voler rannodare alla congestione cerebrale l' affezione conosciuta sotto il nome di *febbre ardente accompa-*

gnata da deliro, la quale si osserva frequentemente a bordo delle navi che navigano sotto i tropici, o pure ne' nostri soldati esposti al sole di Africa nel mese della canicola. Questa malattia è distinta da un delirio violento, che si manifesta bruscamente durante la notte, con gridi, vociferazioni agitazione estrema e false visioni. Questa opinione vien giustificata dalla facilità colla quale si osservano questi accidenti scomparire sotto l'influenza de' copiosi salassi. Però sin ora mancano le autopsie cadaveriche le quali ci potrebbero autorizzare a stabilire quale sia la vera natura della febbre ardente accompagnata da delirio.

Pronostico. — Il pronostico non offre alcun pericolo quando la congestione è leggiera; non è però così quando l'iperemia è molto intensa per produrre il delirio, il coma, la paralisi o le convulsioni. A cose eguali però, la congestione è più pericolosa ne' vecchi anzi che nell'adulto, perchè in quelli produce più spesso che in questi le emorragie o i rammollimenti consecutivi, malattie alle quali la vecchia serve di predisposizione.

Cause. — Tutte le condizioni capaci di accrescere la massa del sangue o che stabiliscono un afflusso maggiore di questo liquido verso il cervello, come pure quelle che impediscono il ritorno verso il cuore, sono altrettante cause predisponenti ed efficienti delle congestioni cerebrali. Nelle due prime categorie bisogna collocare la pletora, la soppressione delle emorragie abituali, l'aneurisma del ventricolo sinistro del cuore, il movimento febbrile, le emozioni morali, i travagli intellettuali prolungati; l'abuso de' liquori spiritosi, un alimento troppo nutritivo, l'elasticità atmosferica, un calore od una insolazione troppo viva. Così quando gl'individui dopo essere stati esposti ad una temperatura di 30 a 40 centigradi, o ad un freddo di 8 a 15, presentano specialmente siccome lesioni cadaveriche un vivo inietramento nella polpa cerebrale. Il freddo spiega forse un'azione più marcata sulla circolazione del cervello, al contrario della temperatura opposta. Perciò molte statistiche fatte successivamente a Parigi, a Torino in Olanda, hanno dimostrato che le congestioni cerebrali avevano il loro *maximum* di frequenza durante l'inverno. Questa malattia si osserva frequentissima nelle case de' pazzi, dove colpisce con preferenza quelli dementi paralitici.

Le cause principali che producono meccanicamente l'iperemia del cervello, facendo ostacolo al ritorno del sangue verso il cuore sono: gli sforzi violenti, le ligature, o tutte le pressioni esercitate sul collo. Alla costrizione di questa parte esercitata dal collo dell'utero o dal cordone ombelicale bisogna attribuire questi accidenti i quali spesso si osservano ne' ragazzi al momento della nascita, distinti sotto il nome di *Asfissia*,

quantunque nella maggior parte de' casi dipendono da una congestione encefalica. Le professioni le quali costringono a tener la testa in una posizione declive, le malattie del cuore, ed in special modo quelle del ventricolo destro, i tumori dell'aorta, del tronco brachio-cefalico e delle carotidi quando esercitano una pressione sulle vene giugulari: finalmente il restringimento o l'obliterazione di uno o di molti seni della dura madre, qualunque possa esserne la causa, producono spesso la congestione cerebrale. Per un ostacolo della circolazione bisogna pure spiegare lo sviluppo delle congestioni cerebrali che sopravvengono nelle asfissie prodotte dall'acido carbonico o dall'ossido di carbonico. Le sostanze narcotiche, stupefacenti, come l'oppio, la belladonna, l'alcool, il tabacco, la digitale, ec., prese a dose avanzata, possono anche determinare una forte iperemia cerebrale. Dicono che ciascuna di queste sostanze avesse un'azione elettiva sopra una parte speciale del cervello: così, secondo il signor Flourens, l'oppio agirebbe sugli emisferi, l'alcool sul cervelletto, la belladonna su i tubercoli quadrigemini. Nessun risultato però ottenuto sull'uomo à ancora confermato queste assertive, le quali si fondano soltanto sopra alcune esperienze poco concludenti esercitate sugli animali.

Finalmente vi sono iperemie le quali si manifestano sotto l'influenza di certe cause di cui ignoriamo il modo di agire; tali sono, per esempio, quelle congestioni che si spesso assalgono gl'individui tormentati da difficili digestioni o da costipazioni. A differenti riprese, le congestioni cerebrali si sviluppano in modo quasi epidemico. Nessun fatto statistico à ancora dimostrato il grado di frequenza relativa delle congestioni cerebrali ne' due sessi e nelle differenti età della vita. Tutto fa concludere però che queste malattie sono più speciali negli uomini anzichè nelle donne, nell'adulto e nel vecchio.

Cura. — Il metodo di cura deve essere profilattico o curativo. Gl'individui predisposti o soggetti alle congestioni cerebrali non dovranno abitare quei luoghi dove la temperatura è troppo elevata o troppo fredda; useranno moderatamente della venere; eviteranno i patemi dell'animo, i disturbi dello spirito e gli esercizi violenti. Si manterranno nella sobrietà, e bandiranno dal loro regime dietetico le bevande e gli alimenti forniti della proprietà stimolante; avranno cura di mantenere il ventre lubrico mediante i clisteri, o prenderanno di tempo in tempo qualche pillola di Aloe, per mezzo del quale avranno il doppio vantaggio di provocare de' scarichi ventrali e determinare verso il retto un movimento flussionario, o un flusso emorroidario. Eviteranno che il collo sia troppo stretto da colli, si proscriveranno tutte le pettinature che potrebbero stabilire una congestione alla testa; i piedi poi debbono mantenersi caldi per quanto è

possibile e cautelati dall'umidità. La costruzione del letto merita pure l'attenzione del medico: bisognerà quindi bandire i cuscini di piume, e sostituirli da quelli di erino o d'avena. Quando nonostante queste precauzioni, la congestione cerebrale si manifesta, s'impiegheranno tutti i rimedi menzionati nelle generalità. Oltre a che, il metodo di cura di questa malattia essendo identico a quello dell'apoplezia, prego il lettore di leggere questo. Debbo però dire poche parole sull'uso de' salassi. Tutti son di accordo sull'uso de' salassi; ma molti biasimano i salassi locali praticati nelle vicinanze dell'organo colpito da congestione: così si teme che le sanguisughe applicate dietro i processi mastoidei, invece di combattere la congestione la provocano o l'accrescono. Questo timore avrebbe qualche fondamento ogni qual volta le sanguisughe fossero in piccol numero e quando non si ottenesse uno scolo di sangue sufficiente; ma se poi si faranno applicare contemporaneamente venti o trenta sanguisughe, e si provoca un abbondante scolo di sangue, avrà certamente luogo lo sgombramento de' vasi cerebrali. Si otterrà pure lo stesso risultato quando per dodici, sedici o ventiquattro ore si manterrà uno scolo continuo applicando due, quattro o sei sanguisughe le quali saranno tosto rimpiazzate subito che si saranno distaccate. Quest'ultimo mezzo è forse quello che merita la preferenza nel caso di congestion cerebrale meccanica, come quando un tumore qualunque, comprimendo le vene giugulari, impedisce il ritorno del sangue verso il cuore.

DELLA CONGESTIONE SANGUIGNA RACHIDIANA.

Ludwig, i due Frank, ed ultimamente Ollivier, d'Angers, nel suo *Trattato delle malattie della midolla* hanno riportato ad una congestione rachidiana un certo numero di accidenti, come i dolori vaghi nelle membra e nel dorso, certe nevralgie sciatiche, certe zoppicature, diversi tremiti o movimenti convulsivi, la stupidità e la paralisi di queste membra, come pure molti fenomeni di forme epilettiche e tetaniche specialmente nei casi in cui gli accidenti spariscono dopo breve durata. Questi autori però non hanno dimostrato esattamente la loro opinione con ricerche microscopiche; ma hanno cercato di rannodare ad una congestione rachidiana gli accidenti che abbiamo enumerati, perchè questi erano a poco presso simili a quelli che determinano una forte iperemia cerebrale. Chiaro apparisce che la esistenza della congestione rachidiana è soltanto stabilita per via di analogia senza alcun fatto sperimentale o clinico. Il signor Chomel osserva a questo proposito che a torto si vorrebbe concludere da quel che accade per parte del cervello, che la stessa causa materiale trasportata verso la dura madre determinerebbe gli stessi incon-

venienti. Quando in fatti il sangue si porta abbondantemente ne' vasi cerebrali, deve inevitabilmente esercitare una pressione sulla polpa nervosa, poichè l'organo riempie esattamente la volta ossea del cranio; mentre comunque intensa possa essere la congestione rachidiana, si vede l'iniezione più o meno considerabile nelle vene e ne' vasi della pia madre raramente penetrare il cordone nervoso. Questa congestione d'altronde non potrebbe mai esercitare una forte pressione sulla midolla istessa, per effetto dello spazio considerabile che naturalmente esiste in dietro tra le lamine delle vertebre e l'organo rachidiano.

In riassunto credo che nello stato attuale della scienza non si conosce alcun gruppo di sintomi i quali possono considerarsi siccome l'effetto di una congestione della midolla spinale. Tutto quel che si è detto su di ciò merita di esser verificato con nuove osservazioni.

DELLA CONGESTIONE POLMONALE.

Il polmone è uno degli organi che più facilmente vanno soggetti alle congestioni; ciò si spiega per la natura delle sue funzioni, per l'attività della sua circolazione, per la gran quantità di sangue che abitualmente contiene, per il suo ravvicinamento e le sue connessioni intime col cuore. Le congestioni polmonali sono attive o passive. Studiate sin ora o poco o malamente, vogliamo procurare di darne l'istoria, specialmente dopo i fatti da noi medesimi osservati.

DELLA CONGESTIONE ATTIVA DE' POLMONI.

Nella congestione attiva, sono meno crepitanti e più pesanti; galleggiano meno completamente nell'acqua; sono d'un color violaceo, ed una grande quantità di sangue nero, fluido, misto ad una sierosità spumosa sgorga dalle incisioni. I bronchi sono ordinariamente vuoti, o pure contengono un poco di muco bianco o leggermente sanguinolento.

Sintomi. — In tutte le congestioni attive de' polmoni, i malati accusano una oppressione, una sensazione incomoda nel petto, spesso accompagnata da un senso di calore in questa cavità, ed un leggiero acceleramento de' movimenti respiratori. Quando esiste la tosse, è quasi sempre secca e poco frequente; alcune volte però i malati espettorano alcuni sputi bianchi, viscidì, spesso striati di sangue. Raramente la percussione del torace dà qualche segno morboso. Quando però la congestione è considerabile e che affetta la superficie de' polmoni, il suono al petto sarà oscuro a questo livello, su di che si potrà es-

ser convinti percuotendo comparativamente la parte sana *ne' punti corrispondenti*. Mediante l'ascoltazione, si conosce pure, al livello de' punti presi da congestioni, una diminuzione molte volte considerabile nel mormorio vescicolare, ma senza aumento nel suono della voce. In alcuni casi, indipendentemente dalla debolezza del rumore respiratorio, si sen'ono ancora, specialmente durante la respirazione, alcune rare bollicine di rantoli mucosi o sottocrepitanti, ciò indica che un poco di esalazione si è formata nelle vescichette o ne' bronchi. Questi rantoli nulla offrono di particolare, e tutto ciò che il signor Fournet ne à detto nel suo libro, mi sembra piuttosto immaginario anzichè realmente osservato. Mediante i segni fisici da me indicati può limitarsi più o meno esattamente la sede della congestione. Quantunque essa possa manifestarsi in tutti i punti del polmone, l'osservazione à però dimostrato che nel maggior numero de' casi, l'iperemia occupa il bordo posteriore della parte inferiore dell'organo.

La congestione polmonale risveglia pochi fenomeni simpatici; i soli sintomi generali sono quelli che si osservano nella maggior parte delle altre congestioni attive.

Corso, durata, esiti. — La congestione polmonale difficilmente si manifesta bruscamente come quella del cervello, e che, come questa, pervenga al suo *maximum* d'intensione in pochi istanti. Non è però raro vedere la malattia nascere all'improvviso e produrre una morte pronta, qualche volta istantanea. Nel maggior numero de' casi però, lo sviluppo è più lento; la durata della malattia è raramente minore di tre o quattro giorni, e la risoluzione è l'esito più ordinario. Il petto allora riacquista il suo stato sano, ma la debolezza del rumore respiratorio sparisce più lentamente. In alcuni casi, un'emottisi più o meno abbondante succede ai segni della congestione, ed allora si vede spesso la formazione di molti noccioli apopletici nel parenchima dell'organo; altre volte è una pneumonia che si manifesta; ma quest'ultimo esito della congestione ci è sembrato però molto raro. La improvvisa ed intensa congestione polmonale, può, come lo abbiamo detto, portare istantaneamente la morte. Il dottor Devergie considera siccome frequentissima questa causa di morte, poichè su i quaranta casi che egli stesso à osservati, ventiquattro volte la morte fu occasionata da una congestione del polmone sola o accompagnata ad una congestione cerebrale. Ciò è stato pure stabilito dal Signor Lebert nel suo eccellente lavoro che egli à presentato negli *Archives générales de médecine* per l'anno 1838. La morte à luogo per le sospensione della respirazione e della circolazione ne' polmoni, il cui sistema capillare è zeppo di sangue.

Diagnosi. — Da quel che abbiamo detto, si scorge esser facile riconoscere una congestione polmonale attiva; poichè que-

si' affezione presenta soltanto pochi punti di contatto colle altre malattie toraciche, come la pneumonia al primo grado, la bronchite e l'edema del polmone. È cosa di molto interesse però pel pronostico e pel metodo di cura, determinare se una congestione polmonale sia essenziale o sintomatica di qualche lesione organica, sia del cuore che de' polmoni. L'accurato esame de' malati permetterà, il più delle volte, una tale precisione. La sede che occupa la congestione potrà d'altronde darci qualche lume sulla sua natura. Così può stabilirsi come regola generale che la maggior parte delle congestioni, le quali si formano sul terzo superiore de' due polmoni si legano alla esistenza de' tubercoli. Questa opinione acquista maggiore verisimiglianza in quanto che la congestione si ripete spesse volte, nasce spontaneamente, senza causa manifesta, dura per lungo tempo, e finalmente termina con una emottisi.

Pronostico. — Le precedenti riflessioni mostrano quanto il pronostico della congestione debba variare. Quando questa è semplice, che si manifesta in un individuo di florida salute in seguito di cause manifeste, è di nessuna gravezza. Quando poi la malattia nasce spontanea, il presagio deve essere dubbio, perchè in questo caso la congestione sta ligata a' tubercoli; perchè l'afflusso insolito del sangue che si osserva in un punto de' polmoni, dimostra un sopra più di attività nel lavoro morboso che genera i tubercoli, e che fa progredire questi prodotti verso un grado più avanzato.

Etiologia. — Le congestioni polmonali si osservano specialmente nelle persone giovani, cioè di venti quattro anni. Sono facili in quelli di temperamento sanguigno e pletorico, e forse frequentissime in quelli di temperamento linfatico predisposti alla eticia polmonale. Le malattie del cuore sembrano essere una causa efficace per sviluppare le congestioni attive. Nulla sappiamo di positivo della influenza che esercitano le professioni. E però ben dimostrato che le temperature estreme, e specialmente i calori della canicola sono causa d' un gran numero di congestioni polmonali: così si è spesso osservato che la malattia si è manifestata dopo che un individuo è stato per lungo tempo esposto o ad un freddo intenso o ad un calore ardente. In altri, la congestione à avuto luogo dietro gli eccessi de' liquori spiritosi o la inspirazione del gas acido carbonico, anche nel caso in cui l'apoplessia non è stata completa. Le congestioni sanguigne attive de' polmoni àno luogo frequentemente nel corso di certe malattie; citerò con particolarità i tubercoli polmonali, le malattie del cuore, e, secondo Avenbrugger e Corvisart, le febbri eruttive nello stadio d' invasione, circostanza che però non è sufficientemente verificata.

Cura. — Il salasso generale è il mezzo per eccellenza onde combattere la congestion polmonale. Se sarà necessario, si aggrungeranno tutti gli altri rimedi de' quali abbiain fatto parola nelle generalità.

Molti biasimano l'uso de' rivellenti applicati sulla regione toracica; poichè credono che invece di combattere la congestione, questi agenti debbono al contrario aumentarla. Io non partecipo a questi timori, perchè numerosi fatti mi ànno dimostrato che uno de' migliori mezzi per risolvere le congestioni attive ribelli a' salassi generali ed a' derivativi impiegati internamente, è quello de' rivellenti applicati sulla regione del petto, come le ventose secche o scarificate, o pure uno o molti vescicanti volanti.

DELLA CONGESTIONE PASSIVA DE' POLMONI.

I polmoni sono, tra tutti gli organi della economia, quelli i quali vanno più spesso soggetti alle congestioni passive. Queste tendono a riprodursi nel corso di quasi tutte le malattie acute e croniche, e generalmente in tutti gl' individui indeboliti da una causa qualunque. In fatti a misura che la potenza vitale cade nella debolezza, le leggi fisiche ripigliano a poco a poco tutto il loro impero, la circolazione si fa languida, ed il sangue, cedendo alle leggi della gravità, ristagna ne' polmoni ed ingorga le parti declivi di questi organi. Tale è l'origine della maggior parte degli ingorghi sanguigni i quali si osservano alla base e sull'estremo posteriore de' polmoni.

Anatomia morbosa. — Le parti affette così da congestioni sono azzurrognole o livide alla parte esterna; non galleggiano compiutamente nell'acqua, il loro peso specifico è aumentato, ed il loro tessuto è meno crepitante; quando lo s'incide sgorga una maggiore o minor quantità di sangue fluido, sieroso, nerastro e molto rossastro, poco fornito di aria. In generale il parenchima ingorgato non è affatto friabile: il contrario succede in ragione della macerazione de' tessuti, per la grande quantità de' liquidi che li penetrano. In questi casi basta ammolire la porzione ingorgata con un stillicidio di acqua, e privarla di tutti i liquidi che la ingorgano, per renderle il suo colorito e la sua normal consistenza. Non è raro però, nonostante questa operazione, vedere il polmone che rimane ancora più o meno friabile; allora riesce impossibile di poter distinguere, dalla sola ispezion cadaverica, il semplice ingorgo dalla pneumonia al primo grado. L'ingorgo è tanto più considerabile in quanto che le parti sono più declivi. Sta in rapporto con il decubito, che i malati àn tenuto durante la vita. Così in quelli i quali abitualmente àno guardato la posizione supina, l'ingorgo occupa il bordo posteriore e la base de' polmoni. Uno di questi organi è più in-

gorgato dell'altro quando i malati sono stati più inclinati sopra un lato. In quelli i quali sono stati obbligati di rimaner lungo tempo coricati sul ventre, il bordo posteriore è cedevole, mentre il bordo anteriore solo è ingorgato. A torto quest'ingorghi sono stati considerati sempre siccome cadaverici; un'accurata osservazione ci ha dimostrato al contrario, che, negl'individui deboli, la maggior parte di questi ingorghi cominciano a formarsi ad un'epoca più o meno lontana dalla morte, siccome si può esser convinti mediante la percussione e l'ascoltazione. Questo fatto era stato d'altronde stabilito molto tempo prima dal Signor Piorry.

Sintomi, corso, durata, esiti. — Le congestioni passive, affatto differenti dalle congestioni attive, si formano sempre lentamente, e forse ciò spiega perchè, nel caso ove esse occupano un grande spazio, non sono mai accompagnate da dispnea, nè da dolori toracici, e nè anche da acceleramento ne' movimenti respiratori. Alcuni malati tossono ed espettorano de' sputi sierosi qualche volta di color rossastro; ma la esplorazione fisica fa soltanto conoscere l'alterazione di cui i polmoni sono la sede. In fatti la percussione, la quale nella congestione attiva ci dà il più delle volte risultati negativi, al contrario, nelle congestioni passive fa conoscere una diminuzione più o meno considerabile nel suono del petto. L'ascoltazione fa pure rilevare nello stesso punto una diminuzione ed anche una completa mancanza del rumore respiratorio, almeno nelle ispirazioni ordinarie, senza soffio de' bronchi nè alcuna modifica nel rimbombo della voce. Nella maggior parte de' casi, esiste pure un rantalo mucoso e sotto crepitante più o meno abbondante. Questi fenomeni hanno in generale una durata lunga, e possono durare per molte settimane nello stesso grado.

Il più delle volte l'ingorgo termina colla risoluzione; o però veduto costantemente il polmone riprendere lentamente tutta la sua permeabilità, lo che si spiega per lo stato astenico degl'individui. In un gran numero di casi però, il sangue che ingorga i polmoni agisce come un corpo estraneo, e finisce coll'infiammarlo. O' provato in fatti nel mio *trattato della polmonia*, che la congestione passiva de' polmoni era una delle cause più possenti delle polmoniti, le quali si sviluppano frequentemente nel corso della maggior parte delle malattie acute e croniche. Per effetto di questa complicazione le congestioni passive de' polmoni debbono sempre considerarsi come una circostanza delle più pericolose.

Etiologia. — Le congestioni passive polmonali nascono sotto l'influenza delle cause le più debilitanti. Si osservano specialmente negl'individui indeboliti per la età e per una grave malattia i quali conservano per molto tempo lo stesso decubito; si

osservano pur anche con preferenza in quelli colpiti da malattie del cuore, specialmente quando vi è stringimento degli orifici e delle cavità.

Cura. — Il metodo di cura deve esser profilattico e curativo.

Per prevenire le congestioni passive de' polmoni, e per combatterle quando già si sono manifestate, bisognerà, siccome lo consiglia il Signor Piorry, che i malati i quali abitualmente stanno in letto cambino frequentemente di posizione. Dovranno coricarsi alternativamente sul dorso e sur i fianchi, e star seduti tanto tempo quanto le circostanze lo permetteranno.

I medicamenti dovranno spesso esser variati, secondo lo stato sintomatico e dinamico degl'individui. Dirò con sollecitudine che i rivellenti cutanei, di qualunque natura essi siano ed in qualunque punto del corpo si applichino, mi son sembrati di nessuna utilità. Il salasso è raramente indicato a causa della debolezza degl'individui. Però quando la congestione polmonale si sviluppa in quelli che sono stati colpiti da malattie organiche del cuore, quando le stasi de' polmoni son prodotte dalla difficoltà che il sangue incontra ritornando verso il centro circolatorio, quando l'abbondanza del fluido sanguigno non si trova in rapporto con la poca capacità delle cavità cardiache diritte, sarà allora cosa utile trar sangue dal braccio. In questo caso il salasso produce qualche volta un rapido sgorgo de' polmoni; poichè esplorando il petto dopo qualche tempo che il sangue ha cessato di scorrere, spesso si osserva che il suono è meno oscuro, ed il mormorio vascolare meno debole. In queste circostanze sarà pure utile di operare una controirritazione sul tubo digestivo mediante i purganti. Finalmente quando la debolezza de' malati è grande, quando le forze sono prostrate, bisognerà impiegare i stimolanti ed i tonici, se l'uso di questi non sarà controindicato per la natura della malattia che trovasi complicata dalla congestione polmonale.

DELLE CONGESTIONI DEGLI ORGANI ADDOMINALI.

Tutti gli organi contenuti nell'addome possono esser colpiti da congestioni attive o passive; ciò vien provato dallo sparo de' cadaveri. Sarebbe però impossibile, c'niè stato attuale della scienza, poter indicare caratteri diagnostici precisi mediante i quali si potrebbe riconoscere una congestione del pancreas, della vescica, dello stomaco e degl'intestini, eccettuato il retto; ma siccome la congestione di quest'ultimo organo sta intimamente legata alla storia delle emorroidi, ne parleremo quando di queste faremo parola. È pur quasi impossibile riconoscere durante la vita l'iperemia de' reni. Se in questa l'urina osservasi qualche volta albuminosa e contiene globi di sangue, simili feno-

meni possono anche osservarsi in altri stati morbosi de' reni. Quando però il loro sviluppo è istantaneo e di breve durata, bisognerà attribuirli piuttosto ad una semplice congestione anzichè a qualunque altro stato patologico.

DELLA CONGESTIONE DEL FEGATO.

Anatomia patologica. — Quando il fegato è preso da congestione si trova più voluminoso e più pesante; il suo tessuto è qualche volta intieramente rosso o misto debolmente di giallo, ed incidendo l'organo si vede gemere una quantità considerabile di sangue. L'iperemia può essere parziale o generale, in tutti i casi colpisce sempre le granulazioni rosse. Kiernan à detto doversi ammettere due altre specie di congestioni, secondo che il sangue ristagna ne' capillari delle vene epatiche o in quelli della vena porta; una simile distinzione è però difficile a stabilirsi, oltre che non à alcuna importanza sotto il rapporto pratico.

Etiologia. — La congestione sanguigna del fegato può essere primitiva e svolgersi sotto l'influenza dello stato pletorico; ma nella maggior parte de' casi, dipende da un'ostacolo della circolazione cardiaca, siccome si vede svilupparsi nel maggior numero delle malattie organiche del cuore, specialmente nei stringimenti degli orifici o delle cavità, o anche nelle dilatazioni con assottigliamento delle pareti.

Conformemente alla pratica del signor professore Andral, le iperemie attive del fegato non sarebbero rarissime, sia come malattie primitive, sia consecutive ad altre affezioni, e particolarmente ad una flemmasia delle vie digestive; ma questa opinione trova molta opposizione per parte nostra.

Sintomi, corso, durata, esiti. — Abbiám detto che il fegato colpito da congestione, si aumenta di volume; ciò vien dimostrato dalla percussione e dal tatto. La prima fa vedere che la metà dell'organo si estende in una maggiore estensione, specialmente nel senso perpendicolare; col tatto si osserva inoltre che il fegato oltrepassa l'arco costale di una o molte dita trasverse; si conosce la presenza dell'organo in questi punti dalla sensazione che si à d'una sporgenza a taglio, angolata ed obliqua. I malati non si lagnano, in alcun caso, nè di dolore nè di peso all'ipocondrio; l'itterizia è anche rarissima. La congestione epatica può, come dicesi, risvegliare un movimento febbrile che potrebbe durare per molte settimane. Questa opinione è stata emessa dal signor Andral; non pertanto sorge qualche dubbio a questo riguardo; in fatti ci par difficile di non voler piuttosto supporre una flemmasia anzichè una congestione semplice.

L'iperemia del fegato à una durata irregolare ; può dissiparsi in alcuni giorni ed anche in alcune ore. Spesso un generoso salasso basta per apportare una considerabile diminuzione nel volume dell'organo , siccome si può esser convinti mediante la percussione ed il tatto. Questa rapida diminuzione può aver luogo spontaneamente in seguito d'un flusso emorroidario. Nelle malattie di cuore , il fegato può acquistare il suo stato normale quando , col riposo e coll'uso degli agenti che la terapeutica possiede contro di esse , si diminuirà l'ostacolo della circolazione. Il signor Andral tende a credere che la congestione può esistere in modo continuo per mesi ed anni, e dar luogo in questi casi a tali sintomi di emaciazione , da far sospettare un'alterazione organica del parenchima del fegato. L'opinione del signor Andral è molto fondata, e sembra confermata da un fatto curioso osservato dal signor Monneret , e riportato da questo osservatore alla pagina 537, t.° IV del *Compendium*. Siccome tutte le congestioni , quelle del fegato sono facili alle recidive.

Diagnosi. — Sarebbe impossibile diagnosticare una semplice congestione del fegato , e distinguerla per esempio , da una ipertrofia , quando non si potrà esser convinti che l'aumento del volume del fegato à avuto luogo istantaneamente o almeno rapidamente. Il salasso generale , che generalmente porta una diminuzione nell'organo per la deplezione che produce nel sistema circolatorio , sarà anche una circostanza la quale dimostrerà in modo certo che l'aumento del volume del fegato dipende da una iperemia , e mica da una lesione di nutrizione.

Pronostico. — Sembra che le congestioni epatiche siano raramente pericolose ; non si conosce ancora quale influenza abbiano nella produzione delle lesioni organiche di questo viscere. Qualche volta possono esser seguite da una emorragia interstiziale del fegato ; questa però è rarissima , e non sembra aver per se stessa alcuna gravezza, purchè però i noccioli apopletici siano poco voluminosi , poco numerosi , e che lacerazione alcuna non abbia luogo nella superficie del fegato.

Cura. — I salassi generali e le applicazioni delle sanguisughe all'ano sono ; due mezzi più efficaci per togliere la congestione del fegato. I purganti , eccitando la segregazione della bile , possono produrre gli stessi effetti ; ma la loro azione è meno certa , e se forse si usano troppo frequentemente , o se fossero troppo energici , produrrebbero un effetto contrario a quello che il medico si propone.

DELLE CONGESTIONI DELLA MILZA.

La milza, per la sua costruzione, è un organo predisposto alle congestioni in modo eminente. Secondo la generale opinione che comunemente si ha sulle funzioni della milza, che in fatti sembra un diverticulum pel sangue, si deve presumere che frequenti congestioni debbono spesso svilupparvisi; così essendo però non eccitano alcun disturbo nella economia. Le vere congestioni morbose, quelle che ordinariamente osserviamo, non sono mai primitive, ma bensì nascono nel corso di molte malattie; così le abbiám vedute in grado eminente nella febbre tifoidea, intermittente, remittente, e generalmente in tutte le malattie gravi nelle quali il sangue, avendo perduto una porzione della sua fibrina, tende a stagnarsi in alcuni dei nostri organi e specialmente nella milza. Ma siccome non dobbiamo occuparci in questo luogo di queste iperemie che costituiscono uno degli elementi delle malattie nelle quali si osservano, per conseguenza debbono esser descritte trattandosi di queste.

DELLE CONGESTIONI UTERINE.

Tra tutti i visceri addominali l'utero sembra esser quello che più va soggetto alle congestioni. Queste, o che abbiano luogo quando l'organo è vuoto, o durante la gravidanza, mi son sembrate sempre attive. Esse sono caratterizzate da un senso di calore nel bacino; queste donne si lagnano d'un gonfiamento della vagina e della vulva; provano una pesantezza verso le natiche, delle stirature sugl'inguini, calore o vero dolore all'ipogastrio e nella regione del sacro; alcune si lagnano di violenti coliche uterine, simili a quelle che spesso accompagnano la dismenorrea. (Vedi questa malattia al tomo II).¹ Questi sintomi benchè continui, si esacerbano di tempo in tempo. Toccando le donne, si dice che l'utero sembra più grosso, più pesante, ed il collo e la vagina più caldi del solito: spesso vi è scolo mucoso o sanguinolento; l'urina è ordinariamente più frequente e dà un senso di bruciore. Questi segni di congestione possono scomparire dopo uno o più giorni, e nella maggior parte de' casi sono sostituiti dalla comparsa delle regole o da una vera metrorragia, la quale, in caso di gravidanza, sarebbe quasi il prodromo d'un prossimo aborto.

Le congestioni uterine si osservano soltanto nelle donne menstruantì o nelle giovanette nelle quali si sta preparando una rivoluzione mestrua. Vi sono in fatti molte donne prive di mestrui le quali provano periodicamente in ciascun mese i segni d'una congestione uterina, la quale si dissipa spontaneamente senza che alcuno scolo sanguigno abbia luogo. Nella donna menstruante, la

congestione uterina à luogo spesso dietro una soppressione improvvisa delle regole o un eccitamento insolito degli organi genitali, ec. La congestione uterina è un accidente egualmente comune ne' tre o quattro primi mesi della gravidanza, ed è la causa più frequente degli aborti che hanno luogo in questo periodo della gestione; si sviluppa alcune volte in seguito d'una emozione morale, d'una scossa, d'una caduta, e dei ravvicinamenti sessuali smodati; il più delle volte à luogo spontaneamente senza causa manifesta, e ad un'epoca che corrisponde a' periodi della mestruazione. Le donne sanguigne, pletoriche, quelle che ordinariamente abbondano di mestruazione, vanno più soggette a questo grave accidente.

Cura. — Quando la congestione uterina sopravviene dopo la soppressione delle regole, o quando essa costituisce il prodromo, per così dire, del periodo mestruo, convien provocare lo scolo sanguigno il quale deve produrre la crise naturale dello stato congestivo. Per questo scopo si consiglieranno i pediluvi sinapati, i fomenti vaporosi di acqua verso la vulva, i clisteri caldi di artemisia, de' cataplasmi caldi alle parti sessuali; finalmente se questi mezzi torneranno infruttuosi, si applicheranno poche sanguisughe alla vulva.

Quando le congestioni uterine, invece di essere, per così dire, il prodromo delle regole, costituiscono anzi un vero stato morboso, che à luogo fuori del periodo della mestruazione, specialmente nello stato di gravidanza, bisognerà allora opporre un metodo di cura diverso di quello precedentemente consigliato. L'indicazione non consiste a favorire in questo caso una emorragia, ma bensì a prevenirla. Se la donna è forte e pletorica, un salasso generale potrà essere utile; bisogna mantenere il ventre lubrico, si consiglieranno i bagni freschi o tiepidi; le malate eviteranno di coricarsi sulla lana o sulle piume. Se questi mezzi riescono insufficienti, si applicheranno le coppe scarificate sulla regione del sacro o attorno del bacino; questo metodo di evacuare il sangue mi è sembrato più efficace delle sanguisughe che si applicano all'ano o agl'inguini. Gli autori hanno riguardato questo mezzo siccome pericoloso; i loro timori però sono poco fondati, purchè il numero delle sanguisughe sia sufficiente, perchè abbia luogo l'uscita rapida di molta quantità di sangue. Ne' casi più ostinati si applicheranno i rivelenti rubefacienti ed i vescicanti, si useranno le iniezioni fredde e la docciatura sulle regioni lombare e sacra. Se la congestione assale una donna gravida, hanno consigliato con preferenza l'uso di molti piccoli salassi di una o due incisioni fatte a certe distanze, anzichè far uso d'un solo profuso salasso. Se per poco esistono allora dolori addominali, specialmente di quelli che dipendono dalle contrazioni uterine, che si distinguono per la

intermittenza e pel senso di peso e di espulsione che le donne provano, bisognerà sollecitamente amministrare un mezzo quarto di clistere con venti gocce di laudano liquido di Sydenham; tre quarti d'ora o un'ora dopo si ripete la dose, poi una terza ed anche una quarta se gli accidenti continuano. Questa pratica è di molta efficacia, ed è specialmente raccomandata dal professor Paolo Dubois, e dopo lui da' dottori Cazeaux, Chailly e Jacquemier. Nel caso in cui la congestione si rinnovasse in ogni epoca della mestruazione, si cercherà di prevenirla comandando alla donna un riposo assoluto sopra un divano per tutto il tempo di questa epoca e per tre o quattro giorni prima e dopo; si cercherà di mantenere il ventre lubrico, si prescriveranno i maniluvi caldi; finalmente se segni di pletora esistono, si praticherà un salasso generale.

SECONDO GENERE

DELLE MALATTIE PER DIFETTO DI SANGUE

DELL' ANEMIA.

La parola *anemia* mai è stata presa nel suo significato etimologico rigoroso, perchè esprimerebbe l'assenza completa del sangue, mentre serve ad indicare ora una diminuzione nella massa totale di questo liquido (*polianemia*), o pure una diminuzione nelle sue parti solide, come la fibrina, il ferro, ed i sali, mentre la proporzione del siero rimane la stessa o diviene più considerabile. In questo caso dicesi esservi *idroemia*. Questi due stati morbosi possono esser confusi sotto una denominazione comune e nella stessa descrizione; poichè determinano gli stessi disturbi funzionali, e non possono essere distinti l'uno dall'altro durante la vita.

Storia. — L'anemia, è stata confusa dagli antichi con diverse lesioni organiche sotto il vocabolo generico di *cachessia*, senza mai descriverla come malattia speciale, se non che verso la metà dell'ultimo secolo da Lieutaud, nella sua *medicina pratica*, poi ne' lavori pubblicati in Alemagna da Alberti (1), da Isenflamm (2) e nel 1777 da Hoffinger (3); ma la sua storia è stata specialmente data da' nostri contemporanei. Mi basterà ac-

(1) *De anemia*. Halae, 1732.

(2) *De anemia vera et spuria*. Erlangae, 1764.

(3) *De Selectis medicamentis*, 1777.

cennar qui i lavori originali di Allè (1) quelli de' signori Piorry (2), Marshall—Hall (3), Andral e Gavarret (4).

Divisioni. — L'anemia si distingue in idiopatica e simpatica, secondo che l'alterazione del sangue costituisce tutta la malattia o secondo che essa è il sintomo d'un'altra alterazione. Anno ancora ammesso un'anemia *generale* ed una *locale*. Se ne osserva un esempio di quest'ultima nello scoloramento, lo stato di flaccidezza e di languore che presentano le membra che per lungo tempo sono state avvolte da qualche apparecchio.

Anatomia patologica. — Ne' cadaveri degli anemici si osserva meno sangue dell'ordinario, o se esite in una grande quantità, è sieroso, d'un rosso chiaro, e di minore intensità. Il carattere fondamentale però dell'anemia consiste, secondo i signori Andral e Gavarret, nella diminuzione de' globi, i quali, da 127, media normale, possono arrivare sino a 60, 50, 27, ed anche 21. Quest'alterazione è costante; mentre la fibrina, l'albumina e gl'altri principi solidi del sangue, che an creduto essere per lungo tempo in minore proporzione, sembrano non aver subito alcuna variazione patologica, dietro i recenti travagli degli autori da me citati. Osserviamo però ciò aver soltanto luogo ne' casi ove l'anemia si manifesta lentamente. Quando poi questa è rapidamente prodotta dalle emorragie o da' salassi eccessivi, si osserva comunemente colla diminuzione de' globi una diminuzione egualmente considerabile nella quantità della fibrina. Il siero cresce allora in proporzione che i globi diminuiscono; infatti da 790, media normale può arrivare al numero di 915. Vi si osserva maggior quantità di acqua, e contiene meno sali solubili. Il signor Marshall-Hall à veduto anche nuotare alla sua superficie una sostanza simile alla crema, sostanza che Prout à conosciuto essere una materia grassa: secondo il signor Hall, sarebbe il grasso istesso degl'individui assorbito e portato nel torrente della circolazione. Il sangue tirato dall'individuo si condensa ordinariamente in un grumo denso, molto ristretto, nuotante in un siero senza colore, e ricoverto spesso da una cotenna tanto densa come se esistesse una pleurisia o un reumatismo. La presenza della cotenna sul sangue degl'individui anemici, senza che esista infiammazione in nessuna parte, è una circostanza rimarcabile, che Borsieri avea indicata, e sulla quale Andral à più particolarmente insistito. La formazione della cotenna, in apparenza insolita, si spiega naturalmente

(1) *Journal de Corvisart*, t. IX 1 année 1813.

(2) *Traité de médecine pratique*, nos de juillet et août 1835.

(3) *Effets sur les parties de sang*, *Archives de médecine*, année 1833.

(4) *Essai, d'hématologie*.

per la costituzione istessa degli elementi del sangue. Abbiamo veduto che nell'anemia vi è diminuzione de' globoli, mentre la fibrina rimane nella sua normale, cioè che vi è eccesso di fibrina per rapporto a' globoli; tutte le volte dunque che questo eccesso avrà luogo, sia relativo o assoluto, e che il coagulo della fibrina non sia troppo rapido, questo principio si vedrà accumularsi solo sulla superficie del grumo, e la cotenna comparisce. Ecco perchè il sangue degli anemici può esser coenoso, mentre quello de' pletorici non lo è affatto; ecco perchè ne' primi il grumo è più denso e più compatto che ne' secondi.

Quando l'anemia dura per lungo tempo, il cuore ed i vasi sono contratti; tutti i tessuti sono flosci, scolorati, privi di sangue: i polmoni, leggieri e crepitanti, non sono ingorgati alla loro parte posteriore; finalmente un poco di siero infiltra spesso il tessuto cellulare delle membra, e si spande alcune volte nelle principali cavità sierose. Diciamo pure che questi infiltramenti e questi spandimenti sono poco considerabili.

Sintomi. — Le carni degli anemici sono flosce; la loro pelle è pallida, scolorata o piuttosto d'un colore giallastro simile a quello della cera bianca invecchiata. La congiuntiva, la mucosa della bocca o quella delle parti genitali, sono anche scolorate; non vi si scorge alcuna ramificazione capillare; le vene sotto cutanee sono appassite, quasi vuote; spesso non si distinguono, o pure il loro tragitto è appena percettibile mediante un colore violetto estremamente pallido. Gli individui anemici sono sensibili all'impressione del freddo, il polso è generalmente debole, qualche volta duro, sempre frequente; sono oppressi quando camminano; soffrono la palpitazione e cadono in uno stato sincopale. La percussione mostra che il cuore conserva il suo volume ordinario, o è più piccolo. Osservando i suoi rumori, si avvertono qualche volta chiari e distinti, l'impulso dell'organo qualche volta è forte, ma più spesso debole, ed il più delle volte è accompagnato da un rumor di soffio il quale esiste quasi sempre *al primo tempo*. L'ascoltazione mediata de' principali vasi dà de' risultati più importanti e curiosi; l'orecchio in fatti scorge molti diversi rumori. Spesso è un rumor di soffio placido, unico, intermittente, simile alla diastole arteriosa alla quale corrisponde; può essere osservato nella maggior parte delle grosse arterie, ma specialmente nelle crurali, ed anche nelle carotidi, in preferenza nella destra. In generale è permanente, ma può cessare di tempo in tempo e riprodursi dietro tutte le cause che accelerano la circolazione. Oltre a questo rumore che à luogo nelle arterie, si osservano pure nell'anemia alcuni altri rumori in diverse parti. Così applicando lo stetoscopio sul triangolo sotto clavicolare, e facendo in modo che il collo del malato sia teso e tenuto diritto, il mento rialzato

e la faccia volta alla parte opposta, si sente un rumore di soffio continuo che Laënnec à paragonato felicemente al mormorio del mare, o a quello che si sente applicando l'orecchio ad una grossa conchiglia univalvola. Da un suono variabile, ora sordo, spesso sonoro, si fa acuto, e si converte anche in un suono musicale, o in una specie di canto monotono che si aggira su due o tre note più o meno sostenute (Barth e Roger); questo fenomeno è stato conosciuto dopo Laënnec sotto il nome improprio di *canto delle arterie* o *canto modulato*. È più o meno intenso, si sospende e si riproduce da un momento all'altro. Il mormorio di cui è parola è una semplice modifica del rumore continuo. Il mormorio continuo esiste raramente solo; più spesso coesiste col soffio intermittente di cui prima abbiám parlato. Si sente allora un rumore di soffio continuo più debole, un poco sordo, accresciuto di tempo in tempo da un altro rumore più forte isocrono alla diastole arteriosa. La riunione di questi due rumori costituisce il fenomeno conosciuto nell'ascoltazione sotto i nomi di *soffio continuo a doppia corrente*, o *rumore di diavolo*, perchè, nel suo massimo grado, ricorda, per il fracasso che fa, il rumore particolare del trastullo de' ragazzi quando si trova in movimento, conosciuto sotto il nome di *diavolo*. Questo paragone che è dovuto al Signor Bonillaud, è estremamente esatto. Questo rumore offre molte varietà, e può subire tutte le modifiche del mormorio semplice; come questo è più frequente a destra che a sinistra (1).

(1) Sino agl'ultimi anni aveano collocato nelle arterie la sede del rumore del soffio continuo; ma nel 1837, il dottor Ward (*Gaz. Med. de Londre*), e due anni dopo, Hope, nella sua opera, stabilirono che il fenomeno avea luogo unicamente nelle vene giugulari interna ed esterna. Il Signor Aran; in un bel travaglio pubblicato nel 1843 negli *Archives*, à sostenuto questa teoria in modo rimarcabile e quasi convincente. Quindi à stabilito che quando il rumore era superficiale e sembrava aver luogo nella giugulare esterna, bastava premere leggermente la vena col dito al di sopra dello stetoscopio per far cessare allo istante il mormorio, e farlo sparire e ricomparire a volontà alzando o abbassando il dito. Aggiunge che se il rumore più profondo esiste nella giugulare interna, basta collocare leggermente l'indice sul muscolo sterno-mastoideo, al di sopra della parte media del collo, sul tragitto della vena giugulare interna, situata in quel punto molto superficialmente, per far cessare allo istante il mormorio continuo. Se in questo caso esiste un soffio a doppia corrente, la pressione fatta siccome lo indico fa cessare il soffio che deve dipendere dalle vene, cioè il soffio continuo, mentre il soffio intermittente, che sta senza dubbio nelle arterie persiste solo. Il Signor Beau à dimostrato in questi ultimi tempi cotesti risultati, e sostenuto con talento (*Archives* di 1845) l'antica teoria che vuole far dipendere tutti i rumori essenzialmente dalle arterie. Noi siamo pur propensi per questo avviso, perchè avendo, in questi ultimi anni, studiato una tal quistione in moltissimi malati, ci siamo convinti che qualunque interruzione della circolazione nella giugulare mediante la compressione, non solamente non faceva sparire il soffio continuo, ma spesso lo rendeva più fragoroso. Quasi in tutti i casi, però, il rumore morboso non era modificato.

Non è possibile, nello stato attuale della scienza, poter stabilire una teoria soddisfacente de' rumori di cui è parola. È certo che non stanno ligati ad alcuni de' stati anatomici del sistema vascolare. Si sa che alcuni col Signor Venois anno supposto nell'anemia che la contrazione de' vasi su di se stessi si formava nella faccia interna delle pieghe le quali costituivano tanti ostacoli sul sangue; altri àn preteso con poco fondamento, che la diminuzione del calibro de' vasi era dovuta ad un infiltramento sieroso del tessuto capillare posto tra le due tuniche interne, specialmente al livello de' speroni. Finalmente il raccorciamento è stato attribuito da alcuni ad uno spasmo del tessuto arterioso. Tutti questi dati sono tante idee ipotetiche. Altri medici àn creduto poter trovare la spiega de' rumori nell'alterazione del sangue: così secondo il signor Beau, l'anemia o la clorosi essendo una pletora acquosa, i rumori risulterebbero dallo strofinio determinato dall'eccesso del liquido; secondo La Harpe poi (*Archives* de 1838), lo strofinio del sangue contro le pareti arteriose sarebbe il prodotto de' rumori morbosi, ma questi risulterebbero piuttosto dalle oscillazioni sonore prodotte dalle molecole sanguigne ne' casi in cui il fluido circolatorio è meno denso e quando è animato da un più rapido movimento. Checchè ne sia, se s'ignora il meccanismo che li produce, si conosce senza dubbio, che i fenomeni di cui parliamo sono l'espressione d'un'alterazione del fluido sanguigno consistente nella diminuzione de' globoli. Il Signor Andral à trovato, per esempio, che i rumori non mancano mai ne' casi in cui l'elemento globolare era minore di 80, mentre essendo maggiore, il rumor di soffio può aver luogo, ma cessa di esser costante.

Le funzioni digestive degli anemici presentano sempre dei disturbi; così soffrono anoressia, l'appetito è depravato, esistono dolori gastralgici; le urine, siccome lo à dimostrato Becquerel, sono pallide e dense, per la diminuzione delle materie solide tenute in dissoluzione in questo liquido. Quasi tutti accusano una cefalalgia, e di tratto in tratto diversi dolori nevralgici, i quali ànno sede alle tempie ed alla faccia (nevralgia facciale), allo stomaco (gastralgia) o nelle pareti toraciche (nevralgia intercostale), alcune volte nelle membra, siccome Hofflinger l'osservò ne' minori di Schemnitz. Gli anemici soffrono vertigini, sussuri negli orecchi; sono infingardi, languidi, incapaci di qualunque lavoro intellettuale; alcuni diventano amaurotici; altri ànno delle visioni bizzarre, delle allucinazioni, il delirio. Qualunque esercizio loro è insopportabile; gli occhi sono languidi, lividi; la faccia enfiata; finalmente, ad un periodo avanzato, gli estremi s'infiltrano, ed il siero si spande nelle principali cavità sierose. Però, nonostante il depauperamento del sangue il corpo conserva la sua temperatura norma-

le (Andral). Nell' uno e nell' altro sesso gli organi genitali partecipano dell' atonia di tutto il sistema. Nella donna, le regole sono poco abbondanti, difficili, dolorose, ed anche completamente sospese, o sostituite quasi sempre dalla leucorrea; in altre poi, lo scolo mestruo è più abbondante del solito; ciascuna epoca è anche marcata da una vera metrorragia o da una emorragia supplementaria, come un' epistassi. Questi scoli, che gravano sempre lo stato de' malati, hanno un carattere passivo.

Corso, durata, esiti. — La pallidezza, il languore ed i disturbi cardiaci sono generalmente i primi sintomi dell' anemia: si e però veduta la malattia contrassegnata al suo sviluppo da disturbi intestinali, come le coliche vive o diarrea (epidemia d' Auzin), o da dolori eccessivi nelle membra ai lombi (epidemia di Schemnitz del 1777). L' anemia siegue un corso più o meno rapido, secondo la causa produttrice. Quando è prodotta da una emorragia eccessiva la quale vuota istantaneamente il stema sanguigno, il suo sviluppo è necessariamente improvviso, e presto arriva al suo *maximum* d' intensione. Se poi è l' effetto di una o molte cause che agiscono lentamente, si sviluppa e siegue il corso d' una malattia cronica. Nel primo caso, la sua durata può essere eccessivamente corta; nel secondo può durare per mesi ed anni intieri. La convalescenza è sempre lunga. L' anemia raramente va soggetta alle recidive. Dicono che quando si prolunga favorisce lo sviluppo delle scrofole e de' tubercoli; nulla però si conosce di preciso a questo riguardo.

L' anemia può terminare colla morte: alcuni malati muoiono per sincope, altri in mezzo a movimenti convulsivi, accidente frequentissimo in quelli privi di sangue; alcuni si estinguono placidamente, altri finalmente muoiono con una malattia intercorrente leggiera, alla quale avrebbero potuto resistere se avessero avuto più sangue.

Diagnosi. — L' anemia offre tali caratteri distinti da non poter confondersi con alcun' altra affezione. Non ci occuperemo in questo luogo della sua diagnosi differenziale colla clorosi; poichè mostreremo che questa non differisce affatto dall' anemia, e tutto al più costituisce semplicemente una varietà. L' anemia e l' idroemia determinano la stessa pallidezza de' tessuti ed i medesimi disturbi funzionali; si è preteso però che questi due stati potrebbero esser distinti l' uno dall' altro mediante il polso, il quale sarebbe molle, debole nell' anemia, resistente ed anche duro nella idroemia. In questa le vene sono protuberanti; nella prima sono abbassate ed invisibili. Questi caratteri distintivi però appartengono piuttosto a due differenti gradi della stessa malattia anzichè a due distinte affezioni. D' altronde o che vi è anemia o idroemia, i disturbi funzionali e la cura non variano affatto. La prognosi però dovrebbe essere più grave nella prima che nella seconda,

Gli accidenti cardiaci che sì frequentemente offrono gli anemici potrebbero imporne e far credere una lesione organica del cuore. Questo inganno spesso si commette; bisogna evitarlo quanto più è possibile, in quanto che il pronostico e la cura sono differenti ne' due casi. Lo scoloramento ed il color giallo di cera della pelle, il piccolo volume del cuore, misurato mediante la percussione, i rumori arteriosi, i disturbi della digestione e gli accidenti nervosi sì vari e sì numerosi, permetteranno sempre di stabilire che vi è anemia. Questa però può coesistere con una lesione organica del cuore. Questo caso è frequentissimo nella pratica. Bisognerà temere questa grave complicanza se il vario colorito è molto esteso, se esiste un rumore di soffio a' due tempi o solamente al secondo. Conviene però spesso sospendere la diagnosi sino a che, con un metodo di cura razionale, i sintomi che appartengono all'anemia saranno scomparsi. Benchè l'anemia sia l'opposto della pletora, qualche volta questi due stati sono confusi. In fatti non è raro vedere individui i quali presentano ad un alto grado la diminuzione de' globuli e la maggior parte degli accidenti nervosi dell'anemia, e che intanto invece di esser pallidi e del color di cera, hanno le guance colorate, iniettate, ed un aspetto esterno da farli credere piuttosto pletorici. Considerando però la natura degli accidenti che provano, accidenti i quali in nulla rassomigliano a quelli della pletora, ma bensì a quelli dell'anemia, se si considera che il salasso il quale li diminuisce, è vero, qualche volta però li aggrava, subito si sarà convinti della vera natura della malattia.

Quest' errore è generalmente commesso tutti i giorni, specialmente nelle donne gravide. Ad una certa epoca della gestazione molte donne soffrono le palpitazioni, le soffocazioni, le vertigini, e diversi dolori; questi accidenti sono generalmente riportati alla pletora; però, in un gran numero di casi, sono puramente legati ad uno stato anemico, o più spesso alla idroemia. In quest' ultimo caso, il volume del sangue è piuttosto aumentato anzichè diminuito, così il salasso solleva per qualche momento; ma gli accidenti non tardano a ricomparire più intensi, e solo si fanno finire definitivamente mediante i ferruginosi. In questi casi, facendo attenzione allo scoloramento de' legamenti, a' rumori cardiaci ed arteriosi, come pure agli altri disturbi nervosi, non potrà prendersi errore col credere altra cosa anzichè la clorosi.

Finalmente, il punto più oscuro della diagnosi consiste a vedere se l'anemia è idiopatica o sintomatica di qualche alterazione viscerale; ciò potrà aver luogo collo studio di tutte le funzioni, colla esplorazione di tutti gli organi, e dall'andamento ed il modo come si succedono tutti i sintomi.

Pronostico. — Se l'anemia non è prodotta e sostenuta da qualche malattia incurabile, il pronostico non offre nulla di grave, eccetto però i casi in cui la debolezza è eccessiva e le sincope sono frequenti.

Cause. — L'anemia assale i giovani, le donne le ragazze più frequentemente degli uomini; gl'individui linfatici vi sono più predisposti di quelli di altro temperamento. La malattia è spesso l'effetto di cause debilitanti, come le pene morali, un alimento cattivo ed insufficiente, un soggiorno prolungato nei luoghi bassi, umidi, poco ventilati e privi di luce. Queste condizioni riunite spiegano lo sviluppo della malattia in molti individui contemporaneamente; ciò è stato osservato al principio di questo secolo ne' frati minori di Anzin, e nell'ultimo in quelli di Schemnitz in Ungheria. Le emorragie traumatiche o spontanee sono le cause più dirette dell'anemia. Questa è specialmente la conseguenza delle emorragie intestinali, delle gastrorragie e delle metrorragie. L'abuso de' salassi nella cura delle malattie ed una dieta prolungata hanno spesso prodotto lo stesso effetto.

Abbiam detto che l'anemia poteva dipendere da malattie organiche; così le lesioni gravi viscerali, specialmente i tubercoli polmonari ed intestinali, la malattia di Bright, la scirrosi, certi cancri, possono produrre l'anemia. Lo stesso avviene per effetto delle febbri intermittenti prolungate, per la sifilide costituzionale e la cachessia saturnina.

Cura. — Per curare convenevolmente l'anemia, bisogna cominciare coll'allontanare le cause produttrici dell'anemia. Così se esiste una emorragia, bisogna subito curarla; e se l'anemia dipende dalle cattive condizioni igieniche, bisogna cambiar queste. Bisogna poscia riparare il sangue, accrescere la sua massa e la proporzione de' principi vivificanti. Si perverrà a tutto ciò coll'uso d'un regime analettico, che dovrà graduarsi e proporzionarsi alle forze dello stomaco. I malati abiteranno luoghi asciutti, ariosi, esposti al sole. Le funzioni della pelle saranno eccitate mediante lo strofinio, colle frizioni secche, aromatiche, co' bagni di mare, solforosi e ferruginosi. Hanno pur consigliato l'uso interno di molti medicamenti, tutti della classe de' tonici, come la china-china, la genziana, la gomma-china, la scorza di quercia, i vini generosi. Ma le preparazioni ferruginose, dopo un regime dietetico è il mezzo più efficace per combattere l'anemia. Si usa specialmente la limatura di ferro, il sotto carbonato o il lattato. In questi ultimi tempi hanno molto raccomandato le pillole di Vallet, le quali altro non sono se non che, solfato di ferro cristallizzato puro 500 gramme, carbonato di soda 580 gramme, miele 300 gramme, sciroppo di zucchero quantità sufficiente; se ne fanno pillole di 2 decigramme, e se ne prendono da 2 a 10 in ciascun giorno. Molti preferiscono le

pillole del dottor Blaud, composte d'un miscuglio in parti eguali di solfato di ferro e di sotto carbonato di potassa (ana 10 gramme, gomma dragante sufficiente quantità; si divide in 50 pillole, per prenderne da 1 a 30 nel corso del giorno). Tutte queste preparazioni possono impiegarsi quasi indifferentemente e con un successo poco differente.

I ferruginosi non solo combattono lo stato anemico, ma costituiscono ancora il trattamento più efficace contro gli accidenti nervosi, specialmente per i dolori nevralgici della testa ed i crampi dello stomaco. Le emorragie passive che sopravvengono qualche volta potranno indicare l'uso momentaneo di alcuni altri agenti; ma i ferruginosi possono soli prevenirne il ritorno modificando lo stato del sangue che li produce. Bisogna, per quanto è possibile, non salassare gl'individui anemici, e tanto più bisognerà astenersene per combattere gli accidenti dipendenti dall'anemia essa medesima; e se qualche flemmasia grave ne indicasse l'uso, bisognerebbe praticarlo con precauzione, ed in ragione delle forze dell'individuo.

DELLA CLOROSI

Sinonimia. Pallidi colori, chloro anémie, *morbus virgineus* o *morbus virginum*; *febris alba*.

Dalle ricerche storiche del Signor dottor Hoefer, consegnate nella sua tese (Parigi 1840), ne risulta che da Ippocrate sino al secolo XVI.^o la clorosi non aveva ricevuto alcun nome speciale. I Greci, i Latini, gli Arabi ed i medici del medio evo anno descritto, in occasione della soppressione delle regole, tutti i sintomi propri della clorosi, ad eccezione del rumore carotideo. Verso il 1520—1530 G. Lange diede il primo alla malattia il nome di *morbus virgineus*. Allora comparve come una malattia distinta, e verso l'anno 1600 ebbe da Varandé il nome di *clorosi*, che ancora conserva oggi giorno.

Falsamente la maggior parte de' medici considerano la clorosi siccome un'alfezione distinta dall'anemia; per parte nostra non sapremmo vedere alcuna differenza importante. In fatti secondo tutti gl'autori, si osserva la flaccidezza delle carni, il pallore verdastro o giallastro della pelle, che si paragona ancora al colore della cera bianca invecchiata. Vi sono palpitazioni, un rumore di soffio alla regione del cuore, un rumore di soffio semplice o musicale, un ronfo o un rumore del diavolo nelle arterie principali; il polso è ora piccolo, ora ampio e duro come nella idroemia; vi sono lipotimie, sincopi. L'appetito è diminuito, perverso o depravato; vi è dispnea, agrezza, dolori di natura nevralgica alla testa, alle tempie, al petto; lo stomaco è in special modo la sede di stitature e di crampi,

Questi dolori sono rimarcabilissimi per la loro mobilità e l'incostanza della sede. Le malate sono triste abbattute, infigarde, e cercano di evitare qualunque movimento. Finalmente il sangue presenta nella sua costituzione, tutti i cambiamenti da noi precedentemente descritti nell'anemia.

Nessuno saprebbe sconoscere in questo quadro i caratteri dell'anemia, siccome li abbiamo descritti non à guari: solamente avendo fatto della clorosi una malattia speciale della donna, e che affligge specialmente le giovanette nubili, si è notato, siccome quasi costanti, diversi disturbi uterini, come l'amenorrea, la dismenorrea, i scoli leucorroici. Però non è raro osservare in questi casi la mestruazione perfettamente regolare, il sangue solamente è un poco pallido; in fine qualche volta, siccome l'abbiamo osservato nell'anemia, esistono di tempo in tempo delle perdite uterine che ànno sempre per effetto l'aumento dello stato anemico. Questi disturbi della mestruazione e questi flussi bianchi eccitano o aumentano gli accidenti nervosi determinati già dal depauperamento del sangue, e che dovevano in questo caso esser altrettanto più marcati in quanto che il sesso e la costituzione predispongono di vantaggio. Siccome si vede, nulla esiste in ciò che sia caratteristico d'un'aftezione distinta. In ultimo, per provare l'identità delle due malattie, diremo che la clorosi à lo stesso corso e si sviluppa sotto l'influenza delle stesse condizioni, ed esige lo stesso metodo di cura dell'anemia. I preparati di ferro sono in fatti uno specifico per questa, siccome lo sono per la prima.

In riassunto, la clorosi per noi è incontestabilmente una semplice varietà dell'anemia. Dunque è essenzialmente costituita, siccome quest'ultima, dal dipauperamento del sangue, e dalla diminuzione del suo elemento globolare. Quelli che àn voluto farne una malattia distinta, senza però poter stabilire la diagnosi differenziale coll'anemia, àn cercato di provare che la clorosi era uno stato morboso consecutivo a' disturbi della mestruazione; ma i fatti meglio osservati ànno mostrato che questi accidenti non erano costanti, e che l'amenorrea, la dismenorrea, come pure i flussi bianchi, invece di esser la causa della clorosi, ne erano anzi la conseguenza. In fatti chiaro apparisce che se il sangue è ammiserito ed in poca quantità, finisce di trasferirsi verso gli organi genitali alle epoche determinate. La manifestazione della clorosi, consecutivamente al lavoro della mestruazione, per esempio dietro la scomparsa improvvisa delle regole, nulla proverebbe in contrario a ciò che cerco sostenere, poichè la clorosi non può essere osservata, come neppure l'anemia, indifferentemente dopo qualunque altro stato morboso. Non crediamo dover discutere le altre ipotesi stabilite per spiegare la natura della clorosi, che alcuni fanno dipendere da un'aste-

nia degli organi genitali (Roche), da quella del gran simpatico (Copland) o dagli organi digestivi (Hoffmann); giacchè nessuna di queste teorie è poggiata su dati positivi. Nella clorosi vediamo che tutti gli organi soffrono, tutte le funzioni sono languide e pervertite, perchè il sangue è meno abbondante, ed i suoi principi stimolanti diminuiti di proporzione. Questa è la sola lesione materiale che ci è dato poter notare (1). Per la causa intima che impedisce la sanguificazione, quasi sempre è da noi ignorata, poichè ordinariamente è affatto organica. Le ipotesi precedenti, benchè senza fondamento, hanno però esercitato ed esercitano tuttavia una grande influenza sulla pratica di molti medici. Gli uni fanno uso in fatti degli emmenagoghi, della applicazione delle sanguisughe alle cosce, per richiamar le regole, la cui soppressione loro sembra essere la causa della malattia. Altri consigliano il matrimonio per risvegliare l'attività degli organi genitali; alcuni seguendo l'esempio d'Hamilton, amministrano i drastici. Nessun mezzo però porta rimedio al vero male, e molti lo rendono più grave; tali sono in preferenza gli evacuanti e le emissioni sanguigne, che aumentano il depauperamento del sangue; In quanto al matrimonio, non può esser vantaggioso che quando la giovanetta divenuta clorotica per effetto d'un amor contrariato si unisce all'oggetto amato. Si converrà in questo caso che la soddisfazione del cuore deve più influire sullo ristabilimento della salute che il ravvicinamento sessuale, il quale agisce piuttosto come debilitante anzichè come eccitante.

Il ferro è il medicamento per eccellenza, siccome lo abbiamo detto nella cura dell'anemia semplice; però in ragione del predominio più o meno grande dello stato nervoso, e de' disturbi più distinti per parte dello stomaco ne' casi di clorosi, bisogna attenersi a certe regole. Così, siccome lo consiglia il Signor Trousseau, bisogna impiegare con preferenza al principio le preparazioni insolubili di ferro, come il carbonato e la limatura, prima da 10 o 15 centigramme durante il pranzo e la cena; se il medicamento è tollerato, si aumenta progressivamente sino ad 1 e 2 gramme. Questa dose sarebbe eccessiva, e non dovrebbe oltrepassare 40 o 30 centigramme, se fosse vero ciò che il Signor Cornelian di Pavia ha stabilito, che qualunque fosse la dose amministrata, il ferro assorbito non oltrepassa mai la quantità di 25 a 30 centigramme. Si continua questo medicamento sino a che tutti i sintomi della clorosi siano perfettamente

(1) Il Signor Beau poi considera la clorosi e l'anemia siccome *polémie*, cioè malattie con aumento della massa del sangue. Dubito che, nonostante il suo talento, il Signor Beau non arriverà mai a dimostrare la realtà di questa proposizione veramente paradossale.

te svaniti. Questa malattia però va spesso soggetta alle recidive, perciò bisogna di tempo in tempo riprendere l'uso de' medicinali per molte settimane, in modo da stabilire una possibile guarigione definitiva.

Diversi accidenti possono però imporre una certa modifica al metodo di cura; così quando l'irritabilità dello stomaco è tale da non poter sopportare le preparazioni di ferro, o quando causano la diarrea, bisogna unirle ad un estratto amaro, come quello della genziana, o ad una polvere aromatica come quella di cannella (1 gramma con 2 di ferro). Finalmente si potrebbe esser costretti di sospendere momentaneamente il ferro e combattere gli accidenti nervosi mediante l'oppio, il sotto nitrito di bismuto, del Colombo del diascordio; questi tre ultimi saranno amministrati alla dose di 25 a 30 centigramme prima del pranzo. Quando questi accidenti saranno calmati, si ripiglia l'uso del ferro, cominciando da piccole dosi. Se i malati saranno affetti da costipazione, si useranno i clisteri leggermente lassativi, o le pillole di ferro in connubio coll'aloë, come le à formulate il Signor Trousseau, le quali contengono 75 centigramme o 1 o 2 gramme di preparazione di ferro, e 5 o 10 centigramme di aloë. Si preferiranno i sali solubili come il citrato, il tartrato o il percloruro. Le pillole dovranno prendersi al momento del pranzo. L'uso dell'aloë sarebbe contro indicato se la clorosi fosse accompagnata da metrorragia; allora potrebbe essere sostituito dal rabarbaro o dalla magnesia, che le malate prenderebbero prima di andare a letto. Quest'ultima sostanza è molto indicata quando vi è piroisi, la quale fa sì che qualche volta il ferro non può esser tollerato. La clorosi, abbiamo detto, può complicarsi alla menorragia; quest' accidente sul quale Trousseau à richiamato il primo l'attenzione in modo speciale, non può fornire che una indicazione secondaria; l'indicazione principale, primitiva, è somministrata dallo stato clorotico. Se la menorragia non avesse luogo che all'epoca delle regole, bisognerebbe profittare dell'intervallo delle due epoche per prescrivere i ferruginosi a dose generosa; poichè il solo mezzo di prevenire una novella emorragia è quello di rendere il sangue più ricco di globuli. Se però lo scolo sanguigno fosse troppo considerabile, bisognerebbe moderarlo con i mezzi che indicheremo più tardi (vedi *Menorragia*). Il Signor Trousseau crede (*Gaz. médic.* del 1843) che l'uso del ferro sia contro indicato nella clorosi complicata a' tubercoli polmonali; ignoro su quali fatti questo professore si fonda per stabilire la sua opinione, alla quale non saprei partecipare. In fatti non è mai veduto nuocere il ferro in simil caso; al contrario riesce spesso utile, qualche volta non à prodotto alcun bene nè alcun male.

Il ferro agisce lentamente tanto nella clorosi quanto nell'anemia, e soltanto dopo una o due settimane i malati anno sperimentato i suoi primi effetti. Il Signor Cornelian dice che solo dopo un mese dell'uso del ferro si vede diminuire il siero ed accrescere il numero de' globoli; il sangue non acquista le proprietà normali che dopo due mesi di cura. Il professor di Pavia a provato sperimentalmente che l'aumento de' globi era dovuto all'uso del ferro e non all'alimento animale al quale i malati contemporaneamente si assoggettano (*Annal. univ. de méd.* del 1843). Egli à dimostrato pure che il ferro era trasformato durante la digestione in lattato, e ciò tanto più attivamente in quanto che lo stomaco delle clorotiche gli è sembrato contenere una maggior proporzione d'acido lattico che negl' altri individui.

ANEMIA DEGLI ORGANI IN PARTICOLARE

Siccome è facile che il sangue fluisca in maggior quantità verso gli organi, così può portarsi in minor quantità dello stato fisiologico; da ciò ne risultano necessariamente i disturbi funzionali. Si conosce per esempio, che quando il sangue cessa d'arrivare al cervello, perchè arrestato nelle contrazioni del cuore, vi è sincope, morte apparente. Questo stato morboso però non può trovare luogo in questo articolo, poichè l'anemia del cervello essendo l'effetto di una affezione del cuore, ci occuperemo quando tratteremo delle nevrosi di questo viscere. Certe dispnee, per esempio quelle delle clorotiche, sono state spiegate, per un'anemia de' polmoni; ma nessun fatto à giustificato questa supposizione. Nello stato attuale della scienza, nulla conosciamo sulle anemie parziali, così ci astenghiamo di parlarne di vantaggio.

TERZA CLASSE DI MALATTIE

DELLE INFIAMMAZIONI

DELL' INFIAMMAZIONE IN GENERALE

Le parole *infiammazione*, *flemmasia*, *flogosi*, sono espressioni metaforiche (1) consacrate nella scienza da tempo immemorabile per indicare uno stato morboso, il più comune di tutti, che può assalire quasi tutti i tessuti viventi, caratterizzato lo-

(1) Infiammazione, da *inflammare*; sia a causa del calore delle parti (Van-Svicten), sia per la rassomiglianza che passa tra questa malattia e gli effetti della bruciatura (Bossieri) *Flemmasia*; *φλεγμασις* (Ippocrate), da *φλέγω* io brucio; -- *Flogosi* *φλόγσις* (Galeno), da *φλοῦς* fiamma.

calmente da rossezza, dolore, calore e gonfiezza d'una parte, nella quale quasi sempre à luogo una modifica importante del lavoro nutritivo, e spesso una segregazione anormale. Questa malattia, per poco che essa sia estesa o che colpisca un organo essenziale, si mostra con un apparato febbrile più o meno intenso, ed aumenta costantemente la fibrina del sangue.

Fenomeni locali della infiammazione. — 1.^o *Rossezza.* La rossezza che forma uno de' caratteri della infiammazione varia dalla rosa tenera sino alla porpora la più carica, ed anche al rosso brunoastro e vinoso. In generale è tanto più intensa in quanto che la flemmasia è più violenta ed assale un organo vascolare. Circoscritta dapprima in un piccolo spazio, addiuviene poscia più diffusa, o disposta a guisa di piastre, di zone, di arborizzazioni, o sotto forma di tanti punti più o meno piccoli. Il colore rosso può essere pure intenso da per tutto e finire improvvisamente; il più delle volte però, più pronunziato in un punto che in tutti gli altri, diminuisce gradatamente dal centro alla periferia sino a che le parti riprendono il loro colorito naturale. L'infiammazione colpisce essa i tessuti membranosi, come la pelle o una mucosa, la pression del dito fa cessare momentaneamente la rossezza; ma questa ricomparisce subito finita la pressione. La rossezza nella infiammazione si spiega per lo afflusso più considerabile del sangue; ne risulta allora un aumento di volume ne' piccoli vasi sanguigni come pure di quelli che addiuvengono permeabili al liquido; questo fatto è stato provato da Hunter nel suo ammirabile *traité de l'inflammation*. In fatti avendo sacrificato un coniglio, dopo aver fortemente infiammato un orecchio, Hunter iniettò la testa dell'animale e si assicurò, dopo il disseccamento, che l'orecchio che non era stato infiammato era trasparente e potevansi vedere i vasi i quali si ramificavano nella sua sostanza, mentre l'altro era spesso, opaco e le sue arterie più considerabili. Vogel nella sua *anatomie pathologique* à dato un'idea della quantità del sangue che ingorga una parte infiammata, quando à detto che i capillari acquistavano un volume due o tre volte maggiore, ed il numero de' globoli aumentavano nel loro interno sino ad essere otto o dieci volte più considerabili dello stato normale.

2. *Dolore.* — Il dolore che accompagna la infiammazione varia dalla più leggiera sensibilità sino alle sofferenze le più acute. Il suo carattere differisce molto secondo l'organo che affetta. Così ordinariamente è puntorio ed acutissimo nella infiammazione delle sierose, ottuso e gravativo in quella de' parenchimi, meno vivo nella infiammazione delle mucose che del tessuto cellulare, ove à un carattere lacinante, come pure nella pelle distinto da bruciore e da prurito. Quasi mai intermittente, e

quasi sempre continua offre delle esacerbazioni e delle remissioni in generale sempre irregolari. Manca qualunque rapporto tra la sensibilità normale di una parte e la sensibilità morbosa che questa acquista mentre è infiammata. Merita pure attenzione il fenomeno che succede in quegli organi, i quali nello stato sano affatto privi di sensibilità o appena esiste, e che divengono la sede di violenti dolori quando sono infiammati; ciò è osservabile nelle membrane sierose. I dolori, nella infiammazione, si spiegano per lo distendimento, per la pressione o per qualunque altro cambiamento, ancora ignorato, che provano i filetti nervosi della parte affetta. Indipendentemente da dolori propri della infiammazione, i malati provano nelle parti affette delle pulsazioni arteriose più violenti del solito: ma non è però vero, che queste pulsazioni siano in maggior numero delle contrazioni del cuore, come altri han detto. La forza insolita delle pulsazioni dipende dal maggior volume della colonna sanguigna, e forse ancora da un aumento dell'azione propria delle arterie. Finalmente nelle flemmasie, la sensibilità speciale degli organi flogosati è in generale più o meno intieramente abolita; per questo principio il malato cessa di percepire gli odori quando è affetto da coriza. Oltre di che la sensibilità speciale è molto esaltata; così nell'oftalmite e specialmente nella infiammazione dell'iride e della retina, l'impressione della luce risveglia i dolori più atroci.

3.° *Calore.* — Il malato prova nelle parti affette la sensazione d'un calore che il medico distingue mediante il tatto e che misura esattamente col termometro. L'applicazione però di questo strumento non ancora ha dato risultati uniformi. Non farò qui parola delle esperienze un poco contraddittorie di Hunter, il quale non aveva avuto in poter suo altro che strumenti grossolani; solamente fisserò l'attenzione su' risultati de' signori Andral e Gavarret, i quali han trovato che la temperatura delle parti infiammate si aumentava, ma non si alzava al di là della temperatura delle *parti profonde*. Quindi un termometro collocato alternativamente sopra un dito affetto da panariccio e sotto l'ascella s'alzava allo stesso grado, mentre messo comparativamente sopra il dito ammalato e sul dito sano, si osservava un calore più grande nel primo che nel secondo. Le esperienze de' signori Beequerel e Breschet inclinerebbero a far credere una elevazione molto considerabile della temperatura nelle parti flogosate. Questo fatto nasce pure dalle ricerche numerosissime che il Signor Roger ha fatto conoscere nel 1845 *Archives*. Torna superfluo il dire che quando la infiammazione accende la febbre, la temperatura generale si accresce egualmente; ma se gl'individui sono rachitici o indeboliti da diverse cause, la temperatura, secondo il Signor Roger, raramente arriva a quel grado che ordinariamente si osserva in simil casi in quelli più robu-

sti. Non solamente la temperatura è più accresciuta nella infiammazione, ma Hunter à provato pure con una esperienza concludente che questo lavoro morboso comunica alla parte che affetta una grande potenza calorifica, ed oppone molta resistenza al raffreddamento. Questo illustre osservatore avendo congelato l'orecchio d' un coniglio, vi sviluppò poi un lavoro infiammatorio; poi avendolo sottomesso per una seconda volta ad un freddo così intenso e prolungato come nella prima esperienza, non poté congelarlo di bel nuovo. L' elevazione della temperatura delle parti infiammate, che non è mai considerabile siccome lo farebbe credere l'applicazione della mano e le sensazioni che i malati sperimentano, viene a spiegarsi più naturalmente per lo afflusso del sangue nelle parti affette, anzichè per una conseguenza in seguito d' un' azione occulta della forza vitale. Nulla diremo dello stato elettrico delle parti flogosate, perchè le esperienze fatte sin ora non presentano ancora alcun grado di certezza.

4.^o *Tumefazione.* — La tumefazione, poco marcata ne' tessuti membranosi, come la pelle e la mucosa, negativa nella infiammazione delle sierose, è considerabile in quella che assale il tessuto cellulare o gli organi parenchimatosi; dipende dapprima dalla maggior quantità di sangue che le parti infiammate contengono, e poi dall' infiltramento de' tessuti sottostanti per la sierosità, per una sostanza albumino-fibrinosa chiamata *linfa coagulabile*.

5. *Modificazione del lavoro nutritivo.* — Gli organi infiammati aumentano di volume, siccome abbiain già detto; sono più pesanti, più duri sotto il tatto a causa dell' infiltramento o dello spandimento della linfa coagulabile negl' interstizi e nelle maglie del tessuto. Malgrado questa durezza, questa maggior resistenza, il tessuto è poco compatto, friabile, o manifestamente rammollito e più o meno disorganizzato. Quest' ultimo effetto è tanto più marcato e si manifesta tanto più rapidamente, in quanto l'organo è meno fornito di tessuto cellulare; ciò si vedrà pel cervello.

6. *Segrezioni morbose* — Il primo effetto della infiammazione degl' organi segretori è quello di diminuire e di sospendere la natural segrezione; così la pelle, le mucose, le sierose presentano uno stato di secchezza rimarcabilissima allo sviluppo delle flemmasie; i reni cessano di segregare le urine. Ma ben presto il lavoro della segrezione o della esalazione si rianima e può divenir eccessivo; allora sono gli umori naturali che hanno subito un certo cambiamento; il più delle volte sono de' prodotti morbosi nati dal travaglio infiammatorio, per esempio dal sangue o da alcuni de' suoi elementi, come la materia colorante e la fibrina possono essere esalate. Nel maggior numero però delle flemmasie vi è, come abbiain veduto, un prodotto d' una linfa plastica, fibrino-albuminosa, che si presenta sotto diversi as-

petti secondo i tessuti; così, nella sierosa, essa forma delle masse a fiocchi che nuotano in un siero torbido; nelle mucose, si condensa sotto forma di piastre membranose; finalmente, sparsa nella spessezza de' parenchimi, ne accresce la compattezza, la densità, e fa sì che, quando s'incidono queste parti, la superficie del taglio rassomiglia a quello d'un cetro. Finalmente l'infiammazione seguendo il suo corso, un altro liquido importantissimo a conoscersi si produce, questo è il *pus* del quale ne parleremo a suo luogo.

Trà tutti i fenomeni locali enumerati, non ve n'è alcuno, meno che la produzione della linfa plastica e del pus, il quale isolatamente considerato, potesse caratterizzare una infiammazione, perchè ciascuno di essi può esistere indipendentemente da qualunque stato flogistico. Per completare tuttociò che à rapporto co' fenomeni locali della infiammazione, faremo conoscere i risultati ottenuti mediante l'esame microscopico.

Esperienze microscopiche — Esse sono state intraprese dapprima da Wil. Philips (1), poi da Thomson (2), da Carlo Hastings (3), da Kaltembrunner (4), da Koch (5), e recentemente dal Signor Lebert (6) e dal Signor Dubois d'Amiens (7). Tutti sono d'accordo a trovare nello sviluppo delle flemmasie i fenomeni microscopici che abbiamo precedentemente indicati come quelli che sopravvivono in qualunque congestione, cioè contrazione de' capillari ed acceleramento nelle correnti sanguigne e quasi subito dopo dilatazione di questo stesso vaso, rilasciamente e finalmente stasi sanguigne (p. 205) Il Signor Dubois, il quale à studiato questa quistione con tutta quella cura che merita, à riconosciuto che in una infiammazione la quale si stabilisce, non vi è sempre, come altri l'avevano preteso, ma solamente qualche volta, acceleramento nè correnti capillari. Checchè ne sia, in tutti i casi si veggono i correnti rallentarsi sempre più manifestamente; poi si osserva nel movimento circolatorio una remittenza più o meno marcata. Così in vece d'un impulso uniforme e continuo, i globoli sanguigni avanzano con scosse isocrone al movimento del cuore, poi si fermano un momento per avanzar di bel nuovo. Succede poi un momento in cui la colonna del sangue, siccome Kaltembrunner l'avea già stabilito, va soggetto a de' movimenti di oscillazione o ad un va e vieni isocrono alla sistole ed alla diastole: pur non dimeno il sangue continua ancora ad avanzarsi, ma tosto le oscillazioni addiven-

(1) *A treatise of febrile diseases.*

(2) *Traité de l'inflammation, trad. de Jourdan et Boisseau.*

(3) Voir *Archives de médecine*, 1825.

(4) *Rapertoire d'anat et de Physiologie*, de Breschet, t. IV.

(5) *Ext. dans Archives de 1833.*

(6) *Physiologie pathologique*, t. 1.

(7) *Préleçons de pathologie expérimentale.*

gono meno percettibili, poi ogni movimento finisce in questa parte del sistema capillare dove i globoli si accumulano e si ammucchiano. Questi risultati, mediante i quali si stabilisce facilmente una teoria dell' infiammazione, si ottengono sottoponendo al microscopio il mesentero o la membrana interdigitale d'una rana irritandola coll' ammoniaca, col sale, coll' acqua bollente ec. Essi sono in opposizione con quelli dedotti dalle esperienze del Signor Robert Latour, il quale à cercato di provare, ma a torto secondo noi, che l' infiammazione non potca svilupparsi negli animali a sangue freddo. Checchè ne sia, quando il sangue è più lento nel suo corso, e che trovasi in uno stato di stagnamento, allora si compie nelle maglie de' tessuti, o alla superficie delle sierose un trasudamento di siero e di lenfa plastica di cui abbiám parlato, la quale forma l' ultimo grado, e l' espressione più completa del lavoro infiammatorio.

L' osservazione microscopica mostra ancora la formazione di novelli vasi nelle parti affette. Kaltenbrunner à studiato con cura il modo del loro svolgimento. Secondo quest' osservatore, quando la circolazione è accelerata, si vedrebbero de' globoli di sangue uscire ad un tratto da un canale capillare, cadere nel parenchima che lo circonda, formarsi un camino ed arrivare a qualche altro canale capillare. La formazione di questo nuovo condotto à luogo spesso in pochi momenti; questo fenomeno rinnovandosi in diversi punti, tosto dà luogo ad un ricco fascio di novelli capillari.

Sintomi generali e simpatici della infiammazione.—L' infiammazione quando per poco è intensa o estesa, eccita un movimento febbrile, il quale offre de' caratteri svariatiissimi ne' diversi generi delle flemmasie, siccome si potrà esser convinti più appresso. L' apparato febbrile precede in alcuni casi l' alterazione locale; ciò accade, per esempio in alcune risipole ed alcune angine; quasi sempre però la febbre è consecutiva all' alterazione locale, alle volte si manifesta simultaneamente; ciò si osserva il più delle volte nelle infiammazioni delle sierose e del polmone. Indipendentemente da' disturbi funzionali che accompagnano qualunque movimento febbrile, se ne osservano alcuni speciali dipendenti dall' influenza sintomatica esercitata in tale o tale parte dall' organo infiammato. Lo stato dinamico nella infiammazione varia e merita di fissare l' attenzione. Così alcune volte le forze sono nello stato di eccitamento, qualche volta abbattute; nel primo caso, si osserva un apparato di sintomi propri alla febbre infiammatoria; nel secondo, i malati cadono in uno stato di debolezza e di prostrazione simili a quelle che accompagnano l' affezion tifoidea. Questa distinzione è importante, senza opposizione, pel metodo di cura, ma non bisogna però credere che la malattia abbia perciò cambiato di na-

tura. In fatti una è sempre la infiammazione; ma per lo effetto di qualche complicità o d'uno stato anteriore dell'individuo, si manifesta con una fisionomia speciale, scortata da sintomi particolari.

Stato del sangue — Hunter, Thomson, Scudamore, Thackrah e molti altri autori aveano da lungo tempo indicato che nella infiammazione la quantità della fibrina del sangue era notabilmente aumentata. Ma questo fatto era quasi dimenticato quando i signori Andral e Gavarret l'anno di nuovo dilucidato. Questi professori anno in fatti conosciuto, dopo immense esperienze, che ogni infiammazione acuta e accompagnata da febbre aveva per effetto costante l'aumento della proporzione della febrina del sangue. Questo principio, il quale, come abbiamo detto non oltrepassa più di 3 parti su 1, 000 nel sangue normale, può nè casi d'infiammazione, ascendere, 5, 7, 9 ed anche 10, ordinariamente si mantiene tra 6 e 8, ed oltrepassa raramente 9; ma il numero minimo dello stato infiammatorio non sarebbe mai al di sotto di 4. Questo aumento della fibrina che osservasi costantemente nelle flemmasie le quali assalgono l'uomo o gli animali delle classi superiori, à luogo indipendentemente in tutte le condizioni di età, di sesso, di costituzione, di temperamento, di forza. Generalmente sta in rapporto coll'intensione de' sintomi generali e locali; sembra aver luogo, almeno nel maggior numero dei casi, consecutivamente all'alterazione locale; poichè i signori Andral e Gavarret avendo esaminato il sangue degl'individui che sono colpiti da infiammazione un giorno solo dopo aver analizzato il sangue, àn trovato che questo liquido, il quale non era alterato al primo salasso, al secondo offriva, poche ore dopo l'invasione della flemmasia, un notevole aumento della fibrina. L'elemento globolare del sangue non subisce, al contrario, alcun cambiamento nel corso delle flemmasie; però alcune volte diminuisce, ciò si spiega pel metodo di cura debilitante al quale si assoggettano i malati. Finalmente l'albumina alcune volte si aumenta nelle flemmasie, ciò però non à luogo necessariamente. I risultati ottenuti da signori Becquerel e Rodier sono identici a' precedenti. Questi abili sperimentatori anno in fatti dimostrato l'aumento della febrina, e la diminuzione de' globoli dopo l'uso de' debilitanti; solamente indicano, come un fatto nuovo, l'aumento della coestrina, la quale è qualche volta raddoppiata, l'albumina diminuita, e gli altri principi rimangono gli stessi. (*Gazette médicale del 1844*). I risultati che abbiamo fatto conoscere sono a poco presso simili in tutti gl'individui, o che siano robusti o deboli. In questi ultimi si ammette solamente che il numero de' globoli è molto diminuito, lo che dipende, non dalla infiammazione esistente, ma dallo stato costituzionale anteriore. L'aumento della fibrina è, tra tutte le alterazioni che si

osservano, la più costante; forse per queste si potrebbero spiegare i variati disturbi dell'organismo, consecutivi all'alterazione locale, e che generalmente si attribuiscono alle irradiazioni simpatiche. Questo eccesso della fibrina per rapporto a' globuli spiega ancora le proprietà fisiche che presenta il sangue nelle infiammazioni quando è estratto dalla vena: così, mentre abbiám veduto nelle piressie il grumo essere voluminoso, molle, incompletamente separato dal siero; qui lo troviamo invece contratto, più consistente, denso e ricoverto da una cotenna densissima, purchè però il sangue sia convenevolmente scorso. La cotenna à un gran valore semiologico; in fatti dalle ricerche del Signor Andral risulta che su' 1, 800 salassi praticati nel corso delle affezioni le più svariate, non à trovato la cotenna se non che in due stati morbosi, nelle flemmasie, nelle quali è costante, e nell'anemia e nelle clorosi, dove (come abbiám detto parlando dell'anemia) si osserva frequentemente (1). Da ciò che abbiám detto risulta che se la cotenna non è assolutamente un segno certo della infiammazione, se non costituisce neppure un carattere eccellente per dinotare l'esistenza di questo stato morboso, poichè, se l'individuo non è anemico, si deve ammettere, quando essa esiste, che vi è in qualche parte un lavoro infiammatorio. La mancanza però della cotenna sul grumo non dovrebbe far credere che il malato non sia colpito da alcuna flemmosia, atteso che la cotenna, nelle infiammazioni più intense può non aver luogo per molte circostanze fortuite, come quando il sangue à malamente scorso o con un getto troppo sottile, o quando il sangue cade da troppo alto, o quando il vaso è troppo stretto e profondo. Queste circostanze fanno sì che ciascuna molecola di sangue concretandosi isolatamente, la fibrina non à tempo di separarsi al disopra di esse per costituire la cotenna, la cui natura fibrinosa è pur dimostrata dall'analisi chimica e dallo esame microscopico.

La produzione spontanea d'un eccesso di fibrina nel sangue è indipendente da' diversi stati ne' quali può trovarsi l'economia negl'individui colpiti da flemmasia acuta, siccome lo à provato il Signor Andral, così abbiám veduto che poteva sopravvenire nell'affezione tifoidea, cioè in una malattia la quale in

(1) Da qualche tempo àno ancora notato la frequenza della cotenna nel sangue delle donne gravide. Però, siccome Rasori lo à osservato, questo fenomeno non è così comune come lo si crede. Le ricerche recenti dei signori Andral e Gavarret àno pure provato che la formazione della cotenna nello stato di gravidanza apparteneva ad un aumento della fibrina, la quale conservando dapprima la media fisiologica, e qualche volta essendo inferiore, si accresce negli ultimi mesi, ed all'epoca del parto tocca il numero di 4. 3. Lo stato cotennoso del sangue in molte gravide si liga ad uno stato clorotico.

opposizione della infiammazione, tende a diminuire la proporzione della febrina. Ma siccome in questi casi, esiste l'azione di due forze contrarie, ne siegue che la flemmasia intercorrente non produce mai un aumento così considerabile dell'elemento fibrinoso come se la infiammazione fosse sopravvenuta fuori lo stato tifoideo. In questi casi in fatti, il Signor Andral non à mai trovato il suo maximum più elevato di $5\frac{1}{2}$, che è uno de' numeri inferiori dello stato infiammatorio. L'eccesso della fibrina nel sangue dura per un tempo invariabile, in generale si osserva per tutto il tempo dello stato febbrile, a meno che la malattia continuando per lungo tempo non produca un grado avanzato di marasmo. In simil caso, Andral à veduto la fibrina prima accresciuta poi diminuita sino allo stato normale.

Il sangue non sembra andar soggetto ad alcun cambiamento notabile nelle parti infiammate; almeno Hunter à ciò esperimentalmente stabilito. Forse è un poco più rosso di quello che circola nelle parti sane, lo che à luogo senza dubbio dalla maggior quantità di sangue arterioso contenuto ne' capillari della prima.

Stato della linfa. — Il Signor Bouisson à stabilito in una memoria letta il 1845 all' Accademia di medicina che, quando un' infiammazione assale uno de' nostri organi, la linfa che circola nella parte malata subisce importanti modifiche. Quindi questo fluido dapprima ammette la materia colorante rossa; si carica d'una maggior proporzione di fibrina e addiuvine più abbondante. Da ciò l'aumento de' gangli ai quali si unisce la linfa; da ciò i depositi plastici che si operano nelle vie che questo liquido così alterato percorre.

Corso delle infiammazioni, modo di terminare. — I sintomi locali e generali della infiammazione ànno, siccome in tutte le malattie, il loro periodo di aumento, di stato e di declinazione, periodi i quali si distinguono mediante i sintomi locali e generali, perchè nella maggior parte de' casi, vi è correlazione intima tra gli uni e gli altri. Per regola generale bisogna anzi giudicare dell'intensione e dell'andamento delle flemmasie secondo i sintomi di reazione piuttosto, che dallo stato locale; questo in vero rimane spesso stazionario in apparenza, quantunque la febbre diminuisca o cessi, si vedrà ciò con più precisione nella pleurisia e nella polmonia. Raramente à luogo il contrario, e si può quasi stabilire che quando la febbre raddoppia, mentre i sintomi locali diminuiscono, la ragione si trova quasi sempre in una malattia intercorrente. L'esame del sangue potrebbe ancora, indipendentemente dalla febbre, misurare il grado della flemmasia, poichè si vede la quantità di fibrina accrescere quando la malattia progredisce, rimaner stazionaria quando la lesion locale finisce di aumentarsi, e progressivamente ritornare

allo stato normale dal declinar degli accidenti sino alla convalescenza.

L'infiammazione cominciando generalmente sopra un punto circoscritto, si estende poi alle parti circonvicine; più raramente la si vede svilupparsi simultaneamente su molti punti distinti lontani, i quali ampliandosi convengono gli uni verso gli altri, e finiscono col riunirsi. L'estensione a luogo ora alla superficie, altra volta nella profondità spesso nell'uno e nell'altro senso; ciò si osserva più particolarmente per i parenchimi, mentre che in alcuni tessuti membranosi, come le sierose, la flemmasia si estende soltanto nelle superficie, senza propagarsi ne' tessuti sottostanti. L'infiammazione, secondo che occupa uno spazio ristretto o invade larghe superficie, è chiamata *circoscritta* o *diffusa*. Torna impossibile poter conoscere per qual meccanismo questa estensione si opera, nè il come nè il quando la malattia si circoscrive. Differenti cause però naturali sembrano qualche volta limitare una infiammazione che sembra doversi estendere: così questa si osserva circoscritta mediante alcuni solchi ed incavi che la natura ha disposto alla superficie di certi organi, come il polmone, il fegato, ec., altre volte è un aponevrosi, un tessuto cellulare compatto che stabilisce una barriera. Può dirsi anche in generale che quando la flemmasia si sviluppa negli organi composti di parti dissimili, spesso rimane limitata al tessuto primitivamente affetto senza comunicarsi agli altri. Ciò si osserva, per esempio negl'intestini, le cui tuniche mucosa e sierosa, possono e sono quasi sempre isolatamente infiammate. Il contatto è pur anche una causa che limita moltissime infiammazioni. Così ci sarà permesso di dire che abbiamo molte volte limitato una flebite esercitando ad una certa distanza una pressione sulla vena, in modo a poter ravvicinar le pareti e metterle in rapporto. In alcuni casi però il contatto delle due superficie infiammate anno l'inconveniente di sostenere indefinitamente l'infiammazione: così certe postite (infiammazione del prepuzio), certe vaginiti con abbondante segrezion purulenta, sono certamente prolungate per lo contatto della mucosa con essa stessa, dappoichè basta impedire che ciò abbia luogo mediante una pezzolina, perchè la segrezion finisca rapidamente, e che scompaiano il rossore e gli altri caratteri delle flemmasia.

Dopo che la infiammazione avrà descritto più o meno rapidamente tutti i suoi periodi termina per *delitescenza* o per *risoluzione*, o pure produce diversi effetti morbosi, che impropriamente sono stati descritti sotto il nome di *terminazioni*. Questi fenomeni consecutivi sono: la *suppurazione*, la *cangrena*, l'*ulcerazione*, l'*induramento*, o il *passaggio allo stato cronico*.

La risoluzione è il solo esito felice della malattia. Secondo Thomson può esser definita, un esito nel quale tutti i sintomi

locali e generali si dileguano gradualmente, senza che alcuna evacuazione sensibile abbia luogo; la parte infiammata riprende allora il suo stato normale senza alcun guasto nel suo organismo nè nelle sue funzioni. La risoluzione istantanea della infiammazione, senza abortimento, quando non à ancora percorso i suoi periodi, la sua rapida scomparsa, senza lasciare alcuna traccia ne' tessuti, si chiama *delitescenza*. Se in questi casi si osserva una malattia analoga o qualunque altro accidente svilupparsi sopra un punto più o meno lontano, si dice allora aver avuto luogo la *metastasi*. La delitescenza non è altro se non che un esito per risoluzione, che à luogo più rapidamente del solito, ma che esige però un certo tempo ancora per effettuarsi. Ciò forza confessare che non sapremmo ammettere la delitescenza tale quale la si definisce generalmente, cioè come potendo essere un modo di terminazione della infiammazione *vera, confermata*. In fatti un tessuto gonfiato, indurito, rammollito non può da un istante all' altro riprendere il suo stato fisiologico. La delitescenza non può operarsi che allo sviluppo, e quando esiste piuttosto iperemia anzichè una vera infiammazione.

La *suppurazione* è una conseguenza frequentissima della infiammazione in qualunque parte del corpo si sviluppa. Essa è caratterizzata dalla formazione d'un liquido particolare chiamato *pus*, il quale ora si esala alla superficie delle membrane libere, come le mucose, le sierose, la cavità de' vasi, e che spesso è prodotto nella spessezza de' tessuti, dove forma una collezione più o meno considerabile che à ricevuto il nome di *ascesso*. Gli autori considerano generalmente la formazione del *pus* siccome annunziata dal raddoppiamento de' dolori, i quali si fanno pulsativi a tal segno, dice Hunter, che il malato può calcolare i battiti del polso, fissando la sua attenzione sulla parte infiammata. La suppurazione una volta manifestata, il dolore si dissipa in parte, si rende ottuso, ed alcuni brividi anno luogo. Questi fenomeni si osservano in fatti nelle infiammazioni del tessuto cellulare; ma non si osservano in tutti i casi d'infiammazione membranosa, ed anche in quasi tutte le infiammazioni de' parenchimi; poichè esclusa l'epalite e certe forme di nefrite, malattie nelle quali la suppurazione produce i sintomi ordinari del flemmone, nelle altre non si osservano nè dolori lancinanti, nè brividi come segno d'una suppurazione incipiente; vedremo ciò con più precisione nella infiammazione dei polmoni e del cervello.

Il pus che deriva da una infiammazione semplice è bianco giallastro, più o meno opaco ed omogeneo; è formato da un liquido senza colore, che serve di veicolo a certi globuli bianchi, sferici, alcun poco sfrangiati sur i bordi, come alla loro superficie che sembra forata, punteggiata e increspata. Hanno, secondo il Signor Donnè, un centesimo di millimetro di diametro;

differiscano per conseguenza da' globoli del sangue pel loro volume come per la loro forma , e da' globoli del latte pel loro difetto di trasparenza nel centro. Son formati da un involucro e da un nocciolo. Alcuni considerano questo siccome unico ; mentre altri lo dicono costituito da tre o quattro globoli ; questa è l'opinione del Signor Donné. Indipendentemente da questi globetti , il pus contiene ancora piccole granulazioni che alcuni anno considerate siccome de' noccioli di globoli nominate *granule* , mentre altri le considerano , col Signor Mandl , siccome de' frammenti d'albumina solidificata. Il pus à un peso specifico di circa 1030 o 1033 , per conseguenza è meno densa del sangue , ed un poco più del siero. Insolubile nell'acqua e nell'alcool, solubile nell'ammoniaca , è generalmente senza odore prima di essere al contatto dell'aria ; bisogna però eccettuare quello che à luogo dagli ascessi situati nelle vicinanze delle vie digestive, dalla bocca sino all'ano. Queste collezioni, benchè senza alcuna apparente comunicazione diretta o indiretta, sia coll'atmosfera, sia con i gas contenuti negli organi digestivi , nondimeno contengono un pus fetido che manda un odore affatto stercoraceo de' più disgustanti. Probabilmente , in questi casi à dovuto operarsi qualche fenomeno di andosmosi a traverso delle membrane che circondano il focolaro. Il pus contiene spesso diverse sostanze, specialmente la materia colorante del sangue , o pure questo liquido ; degli avanzi di tessuto cellulare e degli organi in mezzo a' quali il pus si è formato , o pure diversi prodotti di segregazione naturale o morbosa , ec. Il pus fetido contiene pure l'idrogeno solforato (Bonnet di Lyon) , dell'ammoniaca e dell'idrosolfato di ammoniaca ; allora invece di neutro , come lo è naturalmente , si osserva alcalino. Finalmente vi sono de' pus particolari, che non sono differenti da' pus ordinari nè per l'osservazione microscopica nè per i reagenti chimici , quantunque contenghino un principio virulento ; tale è il pus del moccio , della sifilide , delle pustole vaiuolose e vacciniche , ec.

Molto si è discusso sull'origine del pus ; la sola opinione ragionevole però consiste in considerare questo liquido siccome un prodotto di segregazione formata dalle superficie infiammate ; non à dunque luogo , come si è detto , nè da' solidi , nè da una trasformazione del sangue , e specialmente da una trasformazione de' globoli o dal grosso. Però , siccome avviene per tutte le segregazioni del corpo , il sangue è quello che fornisce i materiali del pus ; esso lo fa a spese del siero , il quale , per un trasudamento a traverso le pareti della rete capillare , tosto si modifica trasformandosi in pus. Tutto fa conchiudere che i globoli purulenti sono costituiti dalla fibrina, la quale sta in dissoluzione nel siero , o si è sparsa ne' tessuti sin dallo sviluppo dello stato infiammatorio.

Abbiamo antecedentemente detto che il pus si trova ora infiltrato, ora riunito in molti focolari. Gli ascessi che osserviamo ne' visceri sono rimarcabilissimi specialmente per la rapidità colla quale il pus si rinchiude; in fatti, appena l'ascesso costa una settimana, che spesso si trovano già le pareti tappezzate da una membrana piogenica, densissima, formata a spese del tessuto cellulare e della linfa coagulabile, la quale si è sparsa nel primo periodo della infiammazione. Torna inutile il dire che questa membrana si trova sempre nelle collezioni che hanno tenuto un andamento cronico. Gli ascessi che appartengono alla patologia interna, si farebbero forse meno spesso una strada diretta al di fuori, che per l'intermedio d'un organo concavo, in ragione della loro sede profonda. In alcuni casi rarissimi, il pus infiltrato o anche riunito sotto forma di focolaro può essere assorbito; non per ciò ammetto che i globuli purulenti siano allora ripresi come nello stato sano, poichè questa supposizione è inammissibile se si è riguardo al loro volume considerabile; ma vi è probabilmente, come lo crede il Signor Berard, un lavoro di dissoluzione che li rende liquidi e ne permette l'assorbimento. Il pus trattenuto in vasti focolari, o pure la suppurazione continuando ne' focolari aperti, può produrre la morte, manifestando tutti i sintomi della febbre etica.

Cangrena. — La cangrena è un accidente rarissimo delle infiammazioni appartenenti al ramo della patologia medica. La cangrena si spiega alcune volte per la violenza della flemmasia, o per l'ostacolo che una compressione esterna à esercitato al suo svolgimento; quasi sempre però bisogna il concorso d'una causa speciale o specifica (vedi l'articolo *Cangrena*).

Ulcerazione. — Hunter à studiato il primo e con molta cura questa lesione consecutiva delle flemmasie. L'ulcerazione consiste in una soluzione di continuo che quasi sempre à luogo ne' tessuti membranosi (pelle e mucose) mediante un assorbimento interstiziale. Può dirsi della ulcerazione ciò che poco fa dicevamo della cangrena, che raramente è la conseguenza d'una infiammazione semplice. In fatti questa si produce soltanto quando l'infiammazione nasce nel corso di certe diatesi, o pure quando à nella sua natura qualche cosa di specifico.

Induramento. — L'induramento altra cosa non è se non che una risoluzione incompleta dello ingorgo infiammatorio. Il dolore finisce o pure è meno continuo e meno vivo; i segni di reazione si estinguono; i malati possono riprendere le abitudini dello stato sano, a meno che la lesione non attacchi un organo importante. Tra tutte le flemmasie che appartengono alla patologia medica l'infiammazione dell'utero è quella che più spesso è seguita da un induramento del tessuto.

Varietà della infiammazione. — Le varietà della infiammazione sono relative al suo andamento, alla sua natura specifica o no, ed alla sua sede.

1. *Relativamente al suo corso*, l'infiammazione si distingue in *acuta* o *cronica*. — L'infiammazione acuta è osservabile per la intensione de' sintomi generali e locali, e per la rapidità del suo andamento; a questa si riporta tutto ciò che abbiamo detto sin ora; nella infiammazione se ne sono distinti due altri gradi sotto il nome di *perper-acuta*, o *sub-continua*. La prima non è altro se non che il grado più elevato della infiammazione, cioè caratteri anatomici specchialissimi, violenza degli accidenti, andamento de' più rapidi; ne abbiám veduto precedentemente un esempio nella peritonite consecutiva alla perforazione intestinale. L'infiammazione poi si dice *sub-acuta* quando i sintomi offrono poca intensione, o quando il loro andamento è meno rapido che nelle infiammazioni ordinarie. Lo stato sub acuto forma per così dire il passaggio dalla infiammazione acuta alla infiammazione cronica.

L'infiammazione cronica è quella il cui corso è lento ed i sintomi generali o locali moderatissimi. Ora primitiva, ora consecutiva della forma acuta l'infiammazione cronica è uno stato morboso di cui molto si è parlato, ed al quale anno riportato la maggior parte delle lesioni di nutrizione, le trasformazioni de' tessuti e quasi tutti i prodotti morbosi; però questa definizione d' *infiammazione cronica* è inesattissima. Ecco perchè alcuni medici la osservano da per tutto, mentre altri, poco saggi, ne contrastano per sino la esistenza. Nello stato attuale della scienza torna impossibile poter distruggere una simile incertezza; diremo soltanto che, durante la vita, la infiammazione cronica, quando è semplice, non produce affatto un aumento della fibrina; la febbre è spesso o negativa, o poco intensa variabilissima, e quando esiste in modo permanente, offre i fenomeni e l'andamento che abbiamo precedentemente descritti della febbre etica. L'infiammazione cronica altera costantemente le funzioni dell'organo che affetta; questi disturbi però generalmente non anno niente di patognomonico, perchè differenti lesioni possono anche farli nascere. Lo stesso avviene del dolore il quale può mancare o essere intollerabile, senza però poter dare per se stesso alcuna indicazione precisa per la diagnosi. Finalmente il corso degli accidenti nulla offre di caratteristico e solo può fornire delle supposizioni; i tessuti cronicamente infiammati anno la maggior parte perduto il loro colorito normale; ordinariamente sono nerastri, azzurrognoli, del color di lavagna; però, della stessa roschezza dello stato acuto; questi diversi colori non sarebbero mai tali da poter caratterizzare una flemmasia esistente; essi altro non possono indicare se non che la parte sia stata ad un'epoca lontana, la sede d'una forte iperemia e forse d'una infiam-

mazione acuta, poichè il colorito blò o nero è una trasformazione del colore rosso, e risulta, come lo à dimostrato Hunter, dal cambiamento che il sangue subisce tutte le volte e quando questo liquido finisce di essere in movimento. I tessuti cronicamente infiammati, tutti àn subito un cambiamento importante nella loro nutrizione. La maggior parte sono aumentati di volume, indurati, più resistenti, friabilissimi, alcune volte ulcerati; tutti gli elementi costitutivi dell'organo però si osservano, e riesce pur facile di riconoscerne e determinarne la struttura. Sotto questo rapporto, i disordini prodotti dalla infiammazione cronica sono essenzialmente differenti da quelli che ànno luogo in seguito di certe trasformazioni organiche, le quali distruggono l'organo sostituendovi un prodotto accidentale. Finalmente la infiammazione cronica può produrre la suppurazione; il pus in questo caso è sempre riunito in un focolaro.

L' infiammazione è stata pur anche divisa in *semplice e specifica*. Una infiammazione è semplice, dice Thomson nel suo *Tratto della infiammazione*, quando nulla di particolare esiste nella costituzione di colui che ne è affetto, o nella natura ed il modo di azione delle cause eccitanti che l' ànno prodotta. Nel caso contrario l' infiammazione si dice *specificca*: così le pustole vaiolose, i cancri sifilitici, possono considerarsi come flemmasie specifiche, in ragion della causa produttrice, per il corso e la proprietà contagiosa del pus che producono. Le flemmassie disteritiche, come l' angina colennosa, debbono collocarsi nella classe delle flemmasie specifiche, non solo per effetto del prodotto pseudo-membranoso, fenomeno insolito per se stesso, ma pur anche per il corso della malattia, de' sintomi generali che l' accompagnano, della proprietà contagiosa, della facilità colla quale si riproducono e della efficacia di certi medicamenti. Parimente in ragion della causa speciale produttrice, del corso e del metodo di cura che richieggono, bisogna considerare siccome specifiche quelle infiammazioni che accompagnano le febbri intermittenti anomale, perchè sieguono lo stesso andamento e si curano collo stesso medicamento. Così le infiammazioni specifiche, nel numero delle quali vi deve esser compresa la dissenteria, e forse alcune altre ancora, sono rimarcabili in quanto che esse non possono essere mai prodotte dalle cause generali delle infiammazioni ordinarie; alcune ànno un corso stabilito, un termine invariabile, e non sono mai modificate dal metodo di cura che riesce generalmente nelle altre infiammazioni. Ma dobbiamo, siccome lo crede Thomson, classificare nelle flemmasie specifiche quelle le quali nate durante certi stati costituzionali o per la loro influenza, da questi ricevono alcuni caratteri speciali, ed esigono alcune modifiche nel metodo di cura? Noi non siamo affatto di questo avviso, perchè in questi casi, niente

prova che la infiammazione sia di altra natura delle flemmasie. In fatti nulla è cambiato nella sua essenza; solamente la sua fisionomia presenta certe particolarità per rapporto ad un'alterazione generale, ad uno stato costituzionale o una diatesi; qui vi è soltanto complicazione, ma non cambiamento di natura.

Le infiammazioni differiscono tra esse relativamente a' loro sintomi ed al corso, secondo i tessuti e gli organi che affettano; su di ciò si potrebbe esser convinto da quel che precedentemente abbiamo detto, quantunque verrà meglio dimostrato in prosieguo. Tali considerazioni potendo andar troppo alla lunga, ci limiteremo a far conoscere le differenze anatomiche le quali distinguono le infiammazioni in alcuni tessuti ne' quali più tardi le osserveremo.

Nelle membrane mucose, l'infiammazione produce sempre un colorito insolito d'un rosso più o meno vivo; se la flemmasia è acuta, e d'un nero violaceo, o grigiastro quando è cronica. Quest'ultimo è permanente, e la morte non lo diminuisce affatto, mentre (e ciò non può essere opposto) il colorito rosso può più o meno diminuire negli ultimi momenti della vita, in modo a lasciar poche tracce sul cadavere. Per poco che la infiammazione abbia una certa durata, essa produce diverse alterazioni nella nutrizione del tessuto membranoso; questo si rende friabile, rammollito, alcune volte assottigliato, più ordinariamente spessito, granellato, acuminato alla sua superficie, la quale può essere vestita da un trasudamento simile alla crema, alla cotenna o ad una materia purulenta. Possono finalmente esistere ulcerazioni che ora hanno sede nel tessuto membranoso istesso, ed ora occupano l'apparato follicolare. Oggi è incontrastabilmente provato che le membrane mucose infiammate possono segregare il pus senza essere ulcerate; non tutte però tramandano questo fluido colla stessa facilità; così ve ne sono di quelle le quali, salvo i casi in cui sono ulcerate, non lasciano mai esalare il pus; per esempio, tale sarebbe la membrana mucosa degli organi digestivi. Al contrario il meato uditorio, la cassa del timpano, i seni della faccia, le vie polmonali, la congiuntiva, la vagina, e specialmente la mucosa uretrale segregano il pus con grandissima facilità.

L'infiammazione delle mucose, comunque intensa, forse non determina mai aderenze contro natura; queste sono soltanto prodotte nel caso in cui ha avuto luogo qualche soluzione di continuo. Hunter sembra dimostrare l'esattezza di questa proposizione; poichè a già detto che quando la flemmasia è violenta, produce un trasudamento di linfa coagulabile, la quale dà luogo alle adesioni delle pareti tra esse. Si dice averlo molte volte osservato nell'intestino, specialmente alla faccia interna d'un'ansa intestinale, la quale era stata strangolata per effetto dell'ernia.

È però esattamente dimostrato che in questo caso la mucosa non avesse subito alcuna soluzione di continuo?

Le membrane mucose, distrutte dalla infiammazione, possono ripristinarsi a spese del tessuto cellulare sottostante. La novella membrana, più pallida, o pure azzurrognola non presenta mai il colorito dell' antica; essa è priva del color vellutato dei follicoli, è levigata e somiglia ad una membrana sierosa. Dopo un minore o maggior spazio di tempo però, essa acquista tutte le proprietà delle mucose, e torna difficile allora poter distinguere la membrana di novella formazione dalle parti circostanti. Così la cicatrizzazione delle ulcerazioni delle mucose non succede mai pel ravvicinamento de' bordi in modo da incresparsi l'estensione della cavità. Questo modo di guarigione à luogo soltanto quando la perdita di sostanza colpisce i tessuti sottostanti; tale sarebbe, per esempio, la distruzione delle tuniche mucosa, cellulosa e muscolare, che à luogo nel intestino e nello stomaco.

La infiammazione delle membrane sierose è essenzialmente caratterizzata dall' aridità e più tardi dalla segrezione d' un liquido purulento, o da una sierosità torbida, contenente una maggiore o minor quantità d' una materia albumino fibrinosa. Manca la spessezza e la rossezza; la spessezza che anno creduto esistere qualche volta è soltanto apparente, e dipende dal concretamento della materia disseminata; in fatti basta distaccarla per trovare al di sotto di essa la sierosa perfettamente levigata e lucida. Esaminata al suo posto, la membrana sembra veramente rossa ed iniettata, ma questo colorito non le appartiene affatto, poichè dipende dal tessuto cellulare sottostante; mentre distaccando accuratamente la sierosa senza portar via il tessuto che la veste, non si arriva a scovrire alcuna rete vascolare. Non oserei però sostenere che sempre così succeda, poichè mille volte mi è sembrato che l' iniezione sanguigno avesse penetrato il tessuto stesso della membrana; ciò è specialmente facile ad osservarsi nelle flemmasie invecchiate. D' altronde, da un pezzo patologico veduto dal Signor Roux in Italia, e dalle ricerche del Signor Bourgery risulta, che le membrane sierose possono essere iniettate, cioè che possono vedersi nella loro spessezza de' vasi sanguigni (Dubois d' Amiens). L' infiammazione la quale rende alcune sierose friabili e facili a rompersi (aracnoide peritoneo), non alterano la consistenza di alcune altre (pleura e forse anche il pericardio). La flemmasia delle sierose è essenzialmente aderiva. Le aderenze si formano mediante la materia fibro-albuminosa, la quale si condensa; questa rapidamente si penetri di vasi sanguigni; qualche volta dopo pochi giorni, subisce diverse trasformazioni, e finisce per costituire degli imbrigliamenti cellulari e fibrinosi i quali riuniscono tra loro i punti opposti della sie-

rosa. Altre volte formano delle piastre opache molto analoghe all'albumina dell'uovo, piastre le quali sono soltanto attaccate sulla membrana, poichè possono esser sollevate ed interamente distaccate senza distruggere la levigatezza della sierosa. Le infiammazioni di cui parliamo sono anche rimarcabili per l'acuzie de' loro sintomi, il corso rapido e la poca tendenza a produrre le ulcere, e la cangrena.

Crediamo non dover prolungare di vantaggio lo studio della infiammazione in ciascun tessuto; poichè più tardi consacreremo degli articoli alle flemmasie de' tessuti nervoso, arterioso, venoso, muscolare, ec. Per le infiammazioni de' parenchimi, esse si presentano con caratteri sì variati, in ragione della diversa organizzazione delle parti, che non possono prestarsi ad alcuna generalità. Finalmente l'infiammazione di molti altri tessuti, come l'osseo, non deve occuparci, poichè di pertinenza chirurgica.

Diagnosi — Le flemmasie esterne sono sempre di facile diagnosi; non è però così di quelle che sono profondamente nascoste; poichè alcune tradiscono la loro esistenza soltanto per i disturbi sintomatici, come la febbre, senza risvegliare alcun sintomo locale. In questi casi oscuri, molto vantaggio si può trarre dalle ricerche de' signori Andral e Gavarret sul sangue; così quando si trova che la proporzione della fibrina è più considerabile, quando l'individuo non essendo clorotico si vede il grumo ricoprirsi d'una cotenna densa, bisogna conchiudere esistere in qualche parte una flemmasia; si cerca precissarne la sede mediante l'accurata esplorazione degli organi tutti.

Sul cadavere, non bisogna mai conchiudere della esistenza d'una infiammazione osservando un sol carattere: abbiám detto e ripetiamo ancora che la rossezza, benchè intensa, è un segno che inganna ed è insufficiente. Al contrario, un trasudamento plastico, fibro-albuminoso, è un segno certo, patognomonico. Non ardisco dire altrettanto della suppurazione; poichè il pus non indica necessariamente la preesistenza d'un lavoro infiammatorio nel luogo dove lo si trova. In fatti alcune volte sembra esservi stato depositato; è stato dato vedere ciò in migliaia di ascessi consecutivi del vaiolo, e lo vedremo più oltre quando parleremo delle flebite.

In questo luogo pare convenga dire quale differenza passa tra la infiammazione e la irritazione, parola la quale per quindici anni à tanto favorito un sistema. La irritazione era definita da Broussais: *la contrazione portata al di là di certi limiti*; dal Signor Roche, uno de' suoi più distinti discepoli, *un aumento dell'azione organica mollecolare d'un tessuto*. L'irritazione era uno stato morboso risultante dalla proprietà che i tessuti viventi posseggono di essere impressionabili da' stimolanti. Così quando s'introducono 5 contrigramme di emetico nello sto-

maco, eccitando la segrezione follicolare della mucosa e la contrazione della tunica muscolare, si dà luogo al fenomeno della irritazione. Questo era uno stato patologico primordiale che si osservava da per tutto e per il quale tutto si spiegava, secondo il punto dove lo si faceva agire. L'irritazione non ancora era l'infiammazione, ma ne costituiva il primo grado; perchè agendo su i capillari sanguigni, essa determinava i fenomeni locali che caratterizzano lo stato flogistico, si diceva che l'irritazione era infiammatoria. L'infiammazione era, in altri termini, l'irritazione con un richiamo maggiore di sangue degli altri fluidi, mentre che la subinfiammazione era la irritazione con richiamo più considerabile di fluidi bianchi anzichè di altri fluidi. Non continuo a dimostrare queste idee pur troppo invecchiate e che più non possono figurare nella storia degli errori della scienza. Solamente ò voluto definire per coloro che entrano nella carriera la parola la quale à servito ad un uomo di un prodigioso talento per mettere in rivoluzione tutta la medicina; parola che qualche volta ancora si sentirà pronunziar dalla bocca di alcuni rari satelliti. A' giorni nostri in cui tanta severità si esige nelle ricerche e nel linguaggio scientifico, questa parola irritazione deve esser per sempre proscritta, la quale nulla presenta allo spirito di definito, quando la si considera capace di essere applicata a tutti i fenomeni patologici.

Pronostico — Il pronostico varia a seconda dell'organo affetto, della estensione della flemmasia, della sua natura, della sua tendenza naturale verso tale o tale esito, verso tale o tale conseguenza; finalmente varia a seconda dello stato delle forze, della violenza de' sintomi generali e simpatici, della età e costituzione degl' individui, e dell'epoca in cui il metodo di cura avrà avuto principio.

Cause della infiammazione. — Le cause delle infiammazioni sono numerosissime; le une agiscono direttamente, siccome tutte le violenze esterne, l'applicazione delle sostanze irritanti e caustiche; le altre agiscono indirittamente ed in modo quasi inesplicabile, e ciò per esempio accade quando un raffreddamento de' piedi determina un' angina, una coriza, ec. Tra queste cause indirette della infiammazione, si debbono collocare tutte le sostanze le quali prese internamente agiscono lungi dal punto ove esse sono state applicate; tale sarebbe per esempio il mercurio, il quale preso a piccole dosi può infiammare la mucosa della bocca. Altre volte torna difficil cosa poter dire se queste sostanze agiscono dietro il loro assorbimento, o se la infiammazione che provocano non risulti da un' azione simpatica esercitata dall'organo mediante il quale sono state messe in contatto; tali sono per esempio tutte quelle affezioni infiammatorie della pelle, le quali nascono dietro aver ingoiato certi frutti,

certe conquiglie e certi veleni. Dopo di queste cause indirette vengono a collocarsi tutti i veleni morbosi, siccome la maggior parte de' virus, de' quali gli uni agiscono con predilezione sul punto del contatto, mentre altri spiegano i loro effetti più considerabili consecutivamente al loro assorbimento. Quasi tutte le infiammazioni ordinarie non specifiche nascono senza il concorso di alcuna causa determinante palpabile; in questo caso si dicono *spontanee*. Alcune riconoscono invece, l'intervento d'una causa eccitante. Gli abusi dietetici, le fatiche eccessive, i patemi morali, e specialmente l'azione istantanea del freddo sul corpo riscaldato, sono le circostanze che più spesso citeremo per spiegare lo svolgimento delle flemmasie. In fatti il freddo è la causa occasionale più comune, ed una delle più possenti; molte persone però ne fanno pur anche esagerato l'importanza, volendo attribuirgli lo sviluppo di tutte le flemmasie dell'apparato respiratorio. Ho provato nel mio *Trattato della polmonia* che la sorgente di questo errore risiede nello interrogatorio insufficiente o mal diretto.

L'infiammazione riconosce moltissime cause predisponenti; così vedremo il sesso, i climi le età predisporre a differenti flemmasie. Per molto tempo una forte costituzione, e lo stato pletorico sono state considerate come predisponenti alle flemmasie; una osservazione più esatta però ha dimostrato che questa credenza era erronea, ed oggi è dimostrato pure che la debolezza predispone più alle infiammazioni dello stato opposto, forse perchè, nel primo caso gl'individui sono più facili ad essere attaccati e resistono meno all'azione delle cause. Ma se lo stato di forze e di pletora non predispone alla infiammazione, questa circostanza ha per effetto di accrescere l'intensione de' sintomi di reazione. Finalmente esistono certe predisposizioni che appartengono all'organo medesimo, alla sua posizione, ed alla natura delle sue funzioni; in oltre è dimostrato, per molte flemmasie, che un organo è più esposto alla infiammazione in quanto che ne è stato più volte affetto.

Cura. — Le prime indicazioni a compiersi nel metodo di cura di qualunque infiammazione consistono ad allontanare per quanto è possibile, le cause eccitanti che han dato origine alla malattia, sottoporre l'organo affetto ad un riposo assoluto; poi si cercherà di attaccare la flemmasia. Gli antiflogistici sono gli agenti più efficaci, e quelli che diversamente modificati, sono applicabili a tutti i casi. I salassi generali e locali sono la base del metodo antiflogistico. I primi convengono ogni qual volta la flemmasia è molto estesa e molto grave; da eccitare un movimento febbrile alquanto intenso. Però l'intensione della febbre non deve solo guidare il medico, ma si deve pure aver riguardo alla importanza dell'organo affetto. Così osservando due ma-

lati, l'uno e l'altro con una febbre *moderata*, uno affetto da pneumonia, l'altro da risipola alla faccia, ordinariamente vi sarà urgenza e necessità di far salassare il primo, mentre il più delle volte non vi sarà bisogno pel secondo. Fa d'uopo, sin da questo momento, esser persuasi che il salasso non è un rimedio applicabile o necessario a tutte le infiammazioni; in fatti ve ne sono di quelle che guariscono completamente ed in miglior modo senza il salasso, ed allora non conviene affatto; poichè bisogna avvezzarsi a considerare il salasso come un mezzo energico ma pericoloso, del quale se ne fa abuso facilmente, ed al quale non può recarsi rimedio, quando è inopportuno; bisogna dunque praticarlo soltanto quando l'indicazione è precisa. Altrettanto intendo dire di tutti que' rimedi che chiamerò *razionali*, i quali non sono dotati, per rapporto alla malattia contro la quale sono diretti, di alcuna virtù specifica, e che sembrando indicati per la natura dell'affezione come pure per l'apparato sintomatico, mancano nondimeno, e sono anche manifestamente nocivi in certi casi, mentre altri rimedi sono coronati da felici successi. Questa incostanza del rimedio dipende dal diverso genere delle costituzioni mediche, delle quali a torto si è negata l'influenza o finanche l'esistenza. Però le costituzioni mediche dominano la terapeutica; questa è una verità che i teorici e gl'ignoranti hanno potuto sconoscere, ma è stata sempre proclamata da' sommi pratici. Quindi bisogna esser persuasi che sarà dato vedere in certi casi, e per molti mesi di seguito, il salasso non produrre alcun effetto o nuocere contro certe flemmasie, nelle quali altre volte era stato vantaggioso. L'uso del salasso può essere controindicato per rispetto all'individuo; così una debolezza eccessiva, un'età troppo tenera o una costituzione deteriorata, uno stato clorotico, possono essere tali circostanze da proscrivere qualunque emissione sanguigna; il più delle volte però queste circostanze indicano il salasso con prudenza ed accorgimento. Si scorge da ciò l'impossibilità in cui ci troviamo di stabilire a quest'oggetto alcuna regola fissa, poichè tutto si trova subordinato in questi casi alla prudenza del medico. Vi sono casi però in cui i medici sono titubanti, siccome spesso succede alla presenza d'un malato colpito da una flemmasia grave, le cui forze sono prostrate; non si sa se questa adinamia sia *reale*, o soltanto *simulata*, *apparente*. Allora si è nella perplessità se si debba cavar sangue o amministrarne i tonici. Per poter avere una norma in casi così difficili, bisognerà aver riguardo alle seguenti circostanze. Se trattasi d'un individuo debilitato da una malattia antecedente, dalle veglie, da' dispiaceri, prima che la flemmasia si fosse sviluppata, ecc. è quasi certo che l'adinamia è reale; poichè la semplice oppressione delle forze, a luogo ge-

neralmente nelle opposte condizioni, cioè negl' individui ben costituiti e nel vigore della età. Aggiungiamo che quando le forze sono soltanto oppresse, i malati presentano de' sintomi dinamici sin dallo sviluppo, e si manifestano ad un grado elevato, mentre l'adinamia vera in generale è progressiva ed accade soltanto ad un'epoca più avanzata. Si avrà pure riguardo agli effetti che producono sulle forze le emorragie naturali; finalmente nel dubbio, si farà praticare un moderatissimo salasso di esplorazione, e dagli effetti che se ne ottengono, cioè secondo che le forze si rialzano o si prostrano di più, bisognerà insistere o pur rinunciarvi affatto per quindi usare i tonici.

I salassi sono tanto più vantaggiosi in quanto che si prescrivono ad un'epoca più vicina alla invasione; non bisogna però credere con alcuni antichi autori, esistere un tempo in cui al di là del quale non può più prescrivarsi il salasso; è un grave errore al quale gli uomini più sperimentati degli ultimi secoli hanno partecipato; ma oggi è dimostrato che l'uso delle emissioni sanguigne dev' essere subordinato alla natura de' sintomi generali e locali, senza aver riguardo all'epoca della malattia, la quale non deve mai essere calcolata. Non solo bisogna salassare il più presto possibile; ma ben anche quando la violenza del male lo esige, e quando le forze lo permettono, bisogna trarre in una sola volta una grande quantità di sangue, cioè 4 a 660 gramme, e se bisogna ripetere il salasso, ciò si faccia a brevi intervalli, per la ragione che la flemmasia è più facile a vincersi in quanto è più recente. In alcun caso però non potrà determinarsi anticipatamente, nè anche *approssimativamente*, quale debba essere il numero dei salassi e la quantità del sangue che dovrà estrarsi in ciascuno di essi; perchè l'abbondanza ed il numero dei salassi debbono essere subordinati all'età de' malati, alla loro costituzione, allo stato anteriore di salute o di malattie, alla violenza de' sintomi generali e locali, e finalmente, come lo abbiamo detto, alle costituzioni mediche regnanti. L'aspetto più o meno cotennoso del sangue non può, come lo hanno creduto, e come lo credono ancora molti medici, dare una indicazione per ripetere il salasso, perchè abbiamo veduto che la cotenna poteva esistere nell'anemia, e che per conseguenza essa diviene tanto più perfetta in quanto che si salassa di vantaggio, quantunque la infiammazione abbia cessato di accrescere. Per i salassi convenevolmente fatti, si può sperare quasi sempre un sollievo per i malati, guarirne molti i quali senza di essi sarebbero morti, ed abbreviare la malattia di coloro i quali si sarebbero guariti senza alcun soccorso. Ma il tirone non deve dimenticare che comunque abbondanti e numerosi possano essere i salassi, in generale non hanno la facoltà di poter bruscamente guarire la malattia, di arrestarne ad un tratto il corso

quando già sviluppa. Si vedrà in prosieguo che nè la polmonia, nè la pleurisia, nè la risipola della faccia, nè le angine e finalmente tutte le flemmasie vere e ben stabilite, possono essere arrestate; di ciò si sarà convinto quando si porrà mente che queste malattie anno per così dire un corso necessario, e che nonostante un metodo di cura attivo, non possiamo impedire che si aumentassero per qualche tempo. Questa proposizione ammessa da' signori Chomel e Louis, e che io stesso ho sviluppata nel mio *Trattato della pneumonia*, è stata confermata dalle ricerche del Signor Andral, il quale ha veduto che i salassi generosi e ravvicinati, non impediscono che la fibrina aumenti, se questi salassi sono praticati ne' primi tempi d' una infiammazione intensa, cioè nel periodo in cui la malattia si trova nel suo aumento. I salassi generali convengono, abbiain detto, ogni qual volta la malattia è grave per poter produrre una notevole reazione; essi soli sono spesso sufficienti, mentre altre volte bisogna pur anche praticare i salassi locali. Questi sono in particolar modo utili nelle infiammazioni accompagnate da vivo dolore e da forte congestione. In tutti i casi, le sanguisughe debbono applicarsi al principio della malattia sulle parti che anno rapporti vascolari o simpatici cogli organi affetti; bisogna pure che il numero delle sanguisughe o delle coppe scarificate sia sufficiente, perchè un abbondante scolo di sangue abbia luogo onde operare la risoluzione dell'organo; mentre diversamente praticando la flussione aumenterebbe anzichè diminuire. I salassi locali sono qualche volta sufficienti per condurre a buon fine certe flemmasie poco intense, superficiali, o che assalgono i tessuti membranosi.

Le infiammazioni possono anche essere attaccate da molti altri ordini di medicamenti, il cui modo di agire benchè ignorato, non è meno energico. Così vediamo le preparazioni mercuriali amministrate internamente ed esternamente mediante le frizioni, produrre la risoluzione delle gravissime flemmasie. In questi casi si è supposto che il mercurio agiva rendendo fluido il sangue; però questa opinione, la quale mai è stata dimostrata mediante esperimenti, si trova al contrario, in opposizione a' fatti osservati dal Signor Andral nelle stomatiti mercuriali, il quale ha veduto aumentarsi la fibrina come nelle flemmasie ordinarie. Dunque fin ora ignoriamo il modo di agire del mercurio.

Un altr' ordine di agenti terapeutici vien raccomandato nella cura delle infiammazioni, conosciuto sotto il nome di *con-trostimolanti*, o *d' ipostenizzanti*, mediante i quali si curano molte flemmasie. Questo metodo italiano di origine, è stato inventato da Rasori, ampliato dal Tommasini, e specialmente dal professor Giacomini di Padova. Consiste nell' amministrar certi

medicamenti energici a dosi generose, senza che queste sostanze determinassero gli effetti di avvelenamento che produrrebbero in un uomo sano, senza nè anche vedere gli effetti naturali, fisiologici che producono quando vengono amministrati a piccole dosi. Così i malati possono prendere 1.^a gramma o più di emetico senza provare nè vomiti nè scarichi ventrali.

Per terminare, diremo che certe infiammazioni de' tegumenti o delle mucose sono soventi volte modificate dagli agenti irritanti o caustici, i quali secondo la teoria, sembrerebbero dover produrre un effetto contrario. Per ciò appunto le oftalmiti, le metriti, le cistiti, le vnginiti, le faringiti, le infiammazioni del retto acute o croniche si guariscono completamente dopo una o molte cauterizzazioni di azotito di argento: sembra allora che questo medicamento agisca cambiando il modo di vitalità delle parti, o pure ad una flemmasia ribelle e specifica, fa succedere una flemmasia novella, semplice e di più facile guarigione.

La cura delle infiammazioni si compone ancora di molti mezzi adiuvanti; i principali sono: la dieta che dev'esser sempre accompagnata dagli antilogistici; l'uso delle bevande dolci, de' cataplasmi e degli emollienti, i bagni locali e generali, le applicazioni fredde ed astringenti, la compressione in alcuni casi particolari, e finalmente i rivellenti. Questi ultimi si applicano ora sul tubo digestivo, e questi sono gli emetici ed i purganti; ora sulla pelle; così i sinapismi, i piediluvi, i maniluvi irritanti, i vescicanti, gli empiastri o le pomate rubefacienti, o quelle che formano delle vescichette e delle pustole. I mezzi rivellenti sono efficacissimi, i quali si applicano ora in lontananza ed ora in vicinanza dell'organo offeso. I primi convengono generalmente in tutt' i periodi della malattia, anche al suo sviluppo; i secondi poi nocivi al principiar del morbo, sono prescritti ad un periodo avanzato, quando l'affezione si prolunga o tende a passare allo stato cronico.

In alcune flemmasie esiste un fenomeno predominante che non dev'esser trascurato, questo è il dolore, il quale quando è troppo vivo produce l'aumento della congestione locale. Il dolore, per servirmi della giustissima espressione del Sarcone, è ora padre ed ora figlio della infiammazione; quindi bisogna sempre combatterlo, se non cede al metodo antilogistico, mediante i narcotici amministrati internamente, o applicati localmente. Quindi senza tema alcuna potrà prescrivarsi l'oppio, poichè abbiamo conosciuto, come altri dotti uomini prima di noi, quanto siano mal fondati i timori di molti medici sull'uso de' narcotici nel corso delle flemmasie. Oltre al dolore, le infiammazioni sono frequentemente accompagnate da diversi accidenti, i quali spiegano tal predominio da divenire la sorgente d'una principale indicazione: così i disturbi nervosi esigono spesso l'uso de' medicamenti conosciuti sotto il nome di *antisposmodici*. Fi-

nalmente, la debolezza e la prostrazione de' malati è tale, da indurre il medico, senza affatto curarsi dell' affezione locale, ed occuparsi esclusivamente dello stato generale, cioè di sollevare le forze mediante i tonici ed i corroboranti, obbedendo così a quella indicazione che gli antichi chiamavano *vitale indicazione*, avendo in mente di riprendere poscia la cura contro la flemmasia quando il bisogno lo esige e le forze lo permettono.

Dopo queste considerazioni preliminari, passiamo allo studio delle infiammazioni in particolare.

INFIAMMAZIONI DEGLI ORGANI DIGESTIVI

DELLA STOMATITE

Stomatite parola di novella creazione, la quale serve ad indicare la infiammazione della membrana mucosa della bocca.

La stomatite non è sempre malattia identica; essa presenta invece de' caratteri differentissimi, secondo l' elemento anatomico che assale, secondo la forma o la specificità della lesione che la caratterizza, e la natura delle cause che la sviluppano. Quindi noi descriveremo successivamente le seguenti varietà, cioè: la stomatite *eritematosa*; quella *con alterazione della segrezione (mucosa e disteritica)* la stomatite *follicolare ed ulcerosa*, e la stomatite *mercuriale*. Alcuni autori vi aggiungono la stomatite cangrenosa; ma la cangrena della bocca è una malattia che deve essere studiata separatamente ed al lato delle altre affezioni di natura cangrenosa.

DELLA STOMATITE ERITEMATOSA

La stomatite eritematosa generalmente si sviluppa senza prodromi. Essa è caratterizzata da una roschezza più o meno viva, uniforme, e più ordinariamente parziale della membrana mucosa della bocca; in fatti spesso l' infiammazione è circoscritta alle gengive o alla volta del palato; nel primo caso è chiamata *gingivite*, nel secondo *palatite*. Questa malattia si accompagna ad una leggiera gonfiezza delle parti, d' un dolore ed un calore più o meno vivo che si aumenta pel passaggio del freddo, pel contatto degli alimenti i più dolci, ed anche per la semplice pressione della lingua. Il cuociore è vivo specialmente quando l' epitelio essendo stato distrutto, il corpo reticolare è nudo, o quando la mucosa è la sede di leggerissime erosioni. La segrezione della bocca è pure modificata. Così esiste allo sviluppo secchezza e poi umidità più avanzata nella bocca; i malati sputano una materia acquosa, sierosa o filante; qualche volta si manifesta un ptialismo abbondante. Questa malattia, sempre benigna, quasi mai

è accompagnata da febbre, anche negli stessi ragazzi. Termina colla risoluzione dopo pochi giorni; qualche volta l'epitelio si distacca e va via a guisa di piastre. La stomatite eritematosa è qualche volta il primo grado delle altre forme di stomatite che dobbiamo descrivere.

La stomatite eritematosa à ordinariamente luogo ne' ragazzi dietro la dentizione, e poi per la introduzione nella bocca d'un liquido irritante, o d'un corpo troppo caldo o troppo freddo, o anche dalla carie dentaria o dall'accumulo del tartaro. In alcuni casi, la malattia è spontanea; finalmente abbiám veduto che il morbillo e la scarlattina producono una stomatite eritematosa, nella quale la rossezza offre esattamente gli stessi caratteri di quelli dell'eruzione cutanea. Infatti presenta una rossezza uniforme o ponticchiata regolare nella scarlattina, delle piccole macchie irregolari ed ineguali nel morbillo. Questa eruzione non determina in generale alcuna penosa sensazione, meno che un senso di calore.

La cura consiste nell'uso de' colluttori emollienti, che i malati manterranno nella bocca per quanto più possibile; si asteranno dagli alimenti acri, riscaldanti, aromatizzati; sceglieranno le sostanze poco dure, incapaci di offendere la mucosa e facili a masticarsi. Bisogna finalmente allontanare le cause che possono sviluppare o sostenere la malattia; così si avrà cura di nettare i denti e portar via il tartaro ogni qual volta questa materia concreta sembrerà formare il punto di partenza della flemmasia.

DELLA STOMATITE CON ALTERAZIONE

DELLA SEGREZIONE

Questa stomatite è caratterizzata dal prodotto d'una concrezione morbosa alla superficie della membrana mucosa infiammata. Bisogna distinguerne due specie, dissimilissime tra esse per le loro cause, i loro sintomi ed il metodo di cura, perchè non potessero esser comprese sotto la stessa descrizione: sono queste la *stomatite difteritica* ed il *mugo*.

DELLA STOMATITE DIFTERITICA

La *stomatite difteritica* o *pseudo-membranosa* (*stomacace* o *segarite* degli autori spagnoli) è analoga all'angina cotenosa ed al crup. Siccome queste ultime malattie, essa è caratterizzata dalla formazione di pellicole grigiastre sulla mucosa della bocca ordinariamente sottilissime, le quali quasi sempre incominciano, secondo il Signor Bretonneau, dal bordo sinuoso delle gengive, le quali si gonfiano e gemono sangue, poi

si esulcerano. Nello stesso tempo, una falsa membrana simile alla precedente si sviluppa sul punto corrispondente della guancia, e non tarda ad invadere le altre parti della bocca. Queste concrezioni si attaccano più o meno alla membrana mucosa, la quale è rossa, gonfiata, azzurrognola, qualche volta ecchimosata, leggermente escoriata o ulcerata, e conserva il suo colorito naturale. Quando queste piastre cadono, si rinnovellano colla stessa rapidità. Spesso sono d'un colorito nerastro, a causa d'una piccola quantità di sangue che si esala al di sotto di esse, ciò che unito all'odor fetido che si esala dalla bocca ogni qual volta è la sede d'una infiammazione, e specialmente d'una infiammazione colennosa, à spesso fatto credere la esistenza d'una cancrena. Questa stomatite difteritica è spesso circoscritta in un piccolo spazio, come alla commessura delle labbra. Secondo il Signor l'auvin, sarebbe spesso circoscritta ad una metà della bocca; altre volte occupa quasi tutta questa cavità. In questo caso, i gangli sotto mascellari sono gonfi, dolorosi; tutta la faccia è gonfia; la bocca è inondata di saliva; vi è ansietà, febbre e sintomi variabili, secondo la maniera di terminare. Generalmente la malattia à poca tendenza ad estendersi, e solamente in casi rarissimi la si vede propagarsi alla faringe, la specialmente alla laringe. Allora si osservano i sintomi propri dell'angina colennosa e del crup; fuori di questi casi e di quelli anobe rari ove sotto l'influenza d'una cattiva predisposizione, la malattia termina colla cancrena alla bocca, può dirsi che la stomatite difteritica è una malattia benigna, il cui esito è sempre felice, benchè la si vede persistere ordinariamente per molti mesi di seguito. Quando è sul punto di finire, le piastre si distaccano e non più si riproducono; altre sono riassorbite, le ulcerazioni si cicatrizzano, e si osserva per qualche tempo al loro livello un leggiero spessimento con durezza della mucosa o de' tessuti sottostanti, ed un aspetto simile al favo a larghi alveoli. La diagnosi di questa affezione è sempre facile; siccome si vedrà in seguito, potrà facilmente distinguersi dalla stomatite mercuriale, malattia nella quale si osservano frequentemente delle concrezioni membraniformi.

Etiologia. — La stomatite difteritica assale specialmente i ragazzi; si osserva negli ospizi degli orfani, nelle pensioni e generalmente in quelli che vivono affollati in luoghi bassi, umidi, o rinchiusi in spazi stretti. Perciò si è veduta regnare epidemica nelle caserme (Bretonneau). In quest'ultimo caso, tutto porta a credere che sia contagiosa. Nello stato sporadico, la malattia si sviluppa il più delle volte sotto l'influenza d'un eccitamento affatto locale, come la carie o la protuberanza d'un dente che ferisce la mucosa.

Cura. — Si combatterà la difterite della bocca collo stesso metodo di cura che si oppone all'angina coteannosa, e che indicheremo quando di questa faremo parola. In questo luogo diciamo soltanto che all'ospedale de' fanciulli il signor dottor Bouneau raccomanda molto contro la malattia di cui parliamo il cloruro di calce secco, che applica molte volte al giorno, in ogni due ore se sia possibile sulle parti affette. Per eseguire questa operazione, si bagna un dito, poi s'imbratta di cloruro secco ridotto in polvere, ed in seguito si porta sulle parti affette stropicciandole fortemente. Il signor Taupin considera questa medicatura come efficacissima.

DEL MUCO O DELLA STOMATITE CREMOSA

Le parole *muco* o *bianchetto* servono ad indicare una malattia della mucosa delle vie digestive, una forma di stomatite caratterizzata dal trasudamento di piccole concrezioni biancastre, ora disseminate, ora confluenti.

Il muco che molti medici anche moderni, hanno confuso con le afte, non è stato convenevolmente studiato da' nostri contemporanei, specialmente da' dottori Véron (1), Lélut (2), Guérizant e Blache (3), Valleix (4), ed ultimamente da' signori Trousseau e Delpech (5).

Relativamente all'abbondanza della eruzione, il muco è stato diviso in *discreto* ed in *confluente*; quest'ultimo è stato anche chiamato *maligno*, per i sintomi generali gravi che l'accompagnano. Una divisione più importante ancora è quella che distingue il muco in *idiopatico* ed in *sintomatico*. Il primo assale gl'individui validi e costituisce una malattia tutta locale; mentre il secondo si manifesta negl'individui deboli ed ad un periodo avanzato di qualche malattia acuta, e specialmente cronica. Il muco idiopatico è speciale della infanzia; il sintomatico è comune a tutte le età.

Lesioni cadaveriche. — Tra le lesioni che si rinvencono nello sparo de' cadaveri, le une appartengono al muco, le altre alle complicate. Le prime si osservano in tutti i punti dove il trasudamento à avuto luogo, cioè nella bocca, dove è costante; nel faringe e nell'esofago, dove è comunissima; nello stomaco, dove si osserva in un decimo de' casi; nel tubo in-

(1) *Observations sur les maladies des enfans*, Paris 1825.

(2) *Archives*, année. 1827.

(3) *Dictionnaire de médecine*, article. *Muguet*.

(4) *Clinique des maladies des nouveaux nés*.

(5) *Journal de médecine*, année 1845.

testinale, dove è molto più rara. Questo trasudamento è disposto a piccoli punti biancastri della grossezza d'un acino di riso o di semola, più o meno ravvicinati tra essi; altre volte tutto l'interno della bocca è rivestita d'uno strato uniforme e puntato. Questo trasudamento, molle, pultaceo, senza odore, che cede ai reattivi chimici nello stesso modo del muco, si attacca debolmente alla mucosa, la quale è spesso rosso-azzurrognola, più secca, qualche volta rammollita. Quasi nella metà dei casi si osservano delle ulcerazioni sulla volta del palato.

Da lungo tempo s'è cercato di conoscere quale fosse la sede precisa delle concrezioni nel muco. Van-Wimperse, il quale scriveva nel 1787, ha preteso che esse si formavano *sotto* l'epitelio, e questa opinione ha trovato ne' signori Lélut e Guersant due abili difensori. Billard poi sostiene che il trasudamento si forma *sopra* l'epitelio. Finalmente i signori Troussseau e Delpech hanno detto che si depositava piuttosto alla superficie della mucosa ha-
tecedentemente denudata. Si vede che questa è una questione di anatomia patologica non ancora ben risolta. Desiderosi di nuove ricerche, crediamo però che esaminata immediatamente al suo sviluppo, il trasudamento tiene sua sede realmente sotto l'epitelio; più tardi però, cioè dopo tre o quattro giorni, questa disposizione sfugge, probabilmente per la distruzione spontanea dello strato epidermico. Torna inutil cosa il dire che il concretamento di cui parliamo sia una pseudo-membrana, risultante da una segregazione morbosa; nessuno lo contrasta, se non che un micrografo (il signor Gruby) il quale ha emesso la singolare idea che questo prodotto era una *efflorescenza, un parassito vegetabile, un ammasso di piante criptogame*, le cui radici s'innesterebbero nelle cellule dell'epitelio.

Nella maggior parte di quelli che muoiono, specialmente negli ospedali, si trova la mucosa intestinale rossa, iniettata, rammollita, qualche volta ulcerata; queste alterazioni ora precedono, altra volta sieguono il muco. Raramente osservasi la rossezza ne' bronchi, e ne' polmoni diverse forme di epatizzazione.

Sintomi. — Secondo il signor Valleix un eritema delle natiche e della parte posteriore delle cosce precederebbe quasi sempre (17 volte su 23) il muco; poi si manifesta la diarrea, un movimento febbrile più o meno intenso, e dopo questi accidenti si manifestano i primi sintomi buccali. La maggior parte degli autori però insegnano che la malattia si sviluppa senza prodromi, e con i soli accidenti per parte della bocca. Quindi la lingua si fa rossa parzialmente o in generale, e le papille sono protuberanti. La stessa rossezza si sviluppa in molti altri punti, e si estende in tutta la dietro bocca; la mucosa che riveste questa parte è arida, lancinante, ed è la sede d'un calor scottante. Il succo è doloroso, e la deglutizione addiuviene difficile quando

l' infiammazione eritematosa si è propagata alla faringe. Dopo uno o tre giorni però si manifesta su i lati del frenulo della lingua, su i bordi di quest' organo, alla faccia interna delle guance e delle labbra, come anche sulle gengive una materia simile alla crema, analoga per lo aspetto al caggio, disposta, come lo abbiain detto, a piccoli punti simili alla semola, discreti o confluenti, alcune volte ricoprono tutta la mucosa, sulla quale forma uno strato uniforme di piastre acuminate. In quest' ultimo caso i ragazzi masticano continuamente; mandano fuori frequentemente la lingua, come se volessero espellere un corpo estraneo che loro reca incomodo. È certo che ne' muchi cscsi i fanciulli provano il dolore; poichè introducendo il dito nella bocca, quasi mai fanno atto di succhiare, ed al contrario lo spingono in dietro e piangono. Nella maggior parte si osservano le ulcerazioni ovali con bordi irregolari, con superficie bianca o rossastra, e che hanno sede sul palato o sul frenulo della lingua. Secondo il Signor Vallcix, queste soluzioni di continuo si manifesterebbero nella maggior parte de' casi prima che i granelli del muco avessero luogo, e non è raro, conformemente allo stesso osservatore, di vederle guarire nel corso della malattia, anche quando produce un esito funesto.

Il muco, quando è semplice e discreto non può risvegliare alcuna simpatia morbosa, ma quasi sempre il polso si accelera, il calore della pelle si aumenta, il ventre è doloroso sotto la pressione; si manifesta poscia la diarrea, il meteorismo, i scarichi ventrali liquidi, gialli dapprima, poi verdastri, ai quali si associano vomiti della stessa natura. Nelle evacuazioni alvine, si osserva spesso una materia simile alla crema, pul-tacea, la quale dà un segno certo che il trasudamento esistente nella bocca si è pur anche formato nel tubo digestivo. In questo caso, i sintomi sono più gravi; vi è sete inestinguibile; il trasudamento buccale è bruno o nerastro; la diarrea più abbondante e quindi a luogo un demagrimento rapido e tale, che in pochi giorni gli occhi di questi fanciulli si fanno incavati e spenti, la fisionomia appassita e rugosa come quella d' un vecchio; la loro voce è interrotta, essi cadono nel coma, i polsi si fanno impercettibili, il calore si estingue, l' eritema de' primi giorni si propaga, le ulcere hanno luogo su diversi punti della pelle, specialmente verso i malleoli ed i calcagni (Valleix; finalmente la morte assale in uno stato di estrema prostrazione.

Quest' esito è quasi costante quando il muco si estende ne' gl' intestini, o quando esistono nel petto o negli organi digestivi alcune delle complicaue da noi accennate. La malattia può allora terminare al terzo o al quinto giorno. Nella maggior parte de' casi però la morte è meno rapida; ma la guarigione non à mai luogo; questa solo si avvera quando il muco è benigno

e determina poca o nessuna febbre. Allora dopo qualche tempo, il trasudamento finisce senza riprodursi, o non ripullula che in alcuni punti. Finalmente rare volte sembra che la malattia tenda alla cronicità, cioè che si veggono ricomparire di tempo in tempo nelle diverse parti della bocca alcune particelle di muco, senza però manifesto disturbo nelle principali funzioni.

Diagnosi. — La diagnosi del muco non offre alcuna difficoltà, poichè la presenza delle piccole concrezioni biancastre, molli, poco aderenti, lo distinguono dalle afte della stomatite pseudo-membranosa, della quale prima abbiám fatto parola.

Pronostico. — Il pronostico del muco è favorevole ogni qual volta la malattia assalendo un ragazzo ben costituito, risveglia poca o nessuna febbre e diarrea; in una parola ogni qual volta costituisce una malattia idiopatica della bocca. Nel caso contrario il pronostico è funesto, poichè si veggono perire quasi tutt' i ragazzi che ne sono colpiti. La mortalità è specialmente grande quando la malattia è epidemica, e quando assale i ragazzi riuniti negli ospizi. Considerando il numero e la gravità delle complicanze viscerali, che quasi costantemente esistono, si potrà stabilire il grado di speranza che sarà permesso aver presente in ciascun caso particolare.

La comparsa del muco in un individuo già malato, di qualunque età esso sia, è sempre una circostanza di pericolosissimo presagio; poichè, siccome ragionevolmente lo à detto il signor Chomel, la sua comparsa nelle malattie croniche toglie quasi ogni speranza di esito felice; in fatti esso è quasi sempre il prodromo d' una prossima morte. Nelle malattie acute, senza offrire lo stesso grado di pericolo, aggrava il pericolo che gli altri sintomi offrivano di già.

Etiologia. — Il muco esiste in tutte le età, è però più comune ne' ragazzi lattanti, specialmente ne' primi mesi della esistenza. In essi soli si osserva il muco idiopatico; poichè ad età più avanzata, e specialmente nell' adulto e nel vecchio costituisce una lesione secondaria, la quale si osserva soltanto in quelli colpiti da qualche grave malattia. Niento di preciso è ben stabilito sulla influenza che esercita la costituzione individuale sullo sviluppo di questo morbo; gli uni, col Signor Valleix, considerano la malattia siccome più frequente negli individui forti; quasi tutti poi sostengono con più ragione che una costituzione enuoca è una predisposizione alla malattia. S' ignora pure l' influenza che possono esercitare i climi; per le stagioni, il Signor Valleix à veduto che più della metà de' suoi malati erano stati colpiti durante i tre mesi più caldi. È dimostrato che le circostanze igieniche sfavorevoli, come l' abitazione umida, malsana, le esalazioni animali, la moltitudine de' ragazzi nelle sale poco ariose, il cattivo alimento, sono tante cause attivis-

sime per sviluppare questa malattia, e ciò spiega perchè essa regna spesso endemica o epidemica nella maggior parte degli orfanotrofi; ciò spiega pure perchè il figlio del povero va più soggetto di quello del ricco. In quest'ultimo la malattia riconosce sempre una causa locale; come la lattazione artificiale, gli sforzi del succio imposto necessariamente da un capezzolo troppo corto, troppo grosso o screpolato, o pure dalla irritazione prodotta dall'estremo d'un seno ineguale o troppo duro. Il muco non è mai contagioso.

Cura. — La cura consiste in particolar modo nelle applicazioni locali. Così nel primo periodo i malati faranno uso dei collutori emollienti. I ragazzi che non possono gargarizzare, si toccheranno le parti ammalate con un pennello impregnato degli stessi liquidi emollienti, mucilagginosi. Poi, quando la bocca, è coperta d'un denso trasudamento, consistente, si aggiunge al liquido un quarto del liquore di Labarraque, o pure un acido vegetabile, come l'aceto, il limone. Tra gli acidi minerali, il Signor Guersant consiglia con preferenza le soluzioni di allume più o meno allungate, e la maggior parte raccomanda quella di borace, del quale da due anni in qua, ne è io stesso sperimentato tutta l'efficacia ne' moltissimi muchi da me osservati ne' neonati all'ospedale di S. Antonio. Mai bisogna strappare a forza le false membrane, poichè queste operazioni producono il dolore ed accrescono l'infiammazione. Il Signor Trousseau impiega generalmente in questa malattia un metodo più attivo: così nella prima comparsa delle piastre consiglia le sciacquature con parti eguali di miele rosato e borace. Se la malattia è ostinata, sostituisce l'allume; ma più spesso impiega l'acido idroclorico, e la cauterizzazione col nitrato di argento. I mezzi generali da impiegarsi sono determinati dallo stato dell'individuo e dal periodo della malattia. Quando allo sviluppo esiste poca febbre, la cura sarà circoscritta alle lavature emollienti, all'uso di acqua d'orzo; i fanciulli succhieranno poco, ma saranno sottomessi ad un regime di dieta lattea. Se vi è febbre, sintomi infiammatori verso l'addome, si prescrivono alcune sanguisughe sul ventre o all'ano, i bagni tiepidi, i cataplasmi, i clisteri calmanti con una o due gocce di laudano liquido di Sydenham, ed una dieta più o meno completa. Finalmente gli accidenti adinamici richiedono l'uso de' tonici (sciroppo di corteccia d'arancio, china-china, ec.); però senza speranza di successo. In questa malattia l'acqua di salvia tanto vanta come specifico può essere amministrata. Le complicanze sì frequenti per parte degli organi digestivi, faranno sempre temere l'uso degli emetici e de' purganti, che alcuni autori hanno tanto raccomandato nel primo periodo della malattia. Però il Signor Trousseau si loda moltissimo nella enterite del muco,

del uso della ipecacuana alla dose da procurare il vomito. Amministra in oltre il nitrato di bismuto, e nelle diarree ostinate propone anche i clisteri col nitrato di argento; per me non è mai ardito tentarlo. L' eritema, sì frequente in questa malattia, altro non esige meno che le lavande con acqua bianca.

Nel muco che tocca l' ultimo periodo delle malattie acute e croniche, bisognerà soltanto calmare il calore, di cui la bocca è la sede, con alcuni gargarismi semplicemente emollienti, o leggermente astringenti mediante l' uso dell' allume o del borace.

Natura. — Il muco è una forma particolare della stomatite, e costituisce alcune volte una malattia tutta locale e primitiva, ma che tende, specialmente ne' ragazzi poveri, ed in quelli degli ospizi, ad estendersi nel tubo digestivo ed a complicarsi con qualche lesione grave di questi organi. In questi ultimi specialmente, si vede la malattia manifestarsi come affezione secondaria; ma non è questa una ragione sufficiente per poter considerare la malattia, siccome il crede il Signor Valleix, come un epifenomeno o una lesione consecutiva della enterite della piccola età; la pratica civile contradice tutti i giorni questa proposizione, e negli ospedali, come a S. Antonio, sono ricevuti ragazzi allattati dalle loro madri, e dove è frequentissimo osservare casi di muco affatto idiopatico. Però non possiamo non confessare che spesso il muco si manifesta come complicanza d' uno stato grave della economia, specialmente d' una flemmasia del tubo digestivo.

DELLE AFTE O STOMATITE FOLLICOLARE

La stomatite accompagnata da afte, chiamata pure ulcerosa o follicolare, vien caratterizzata da un' eruzione della bocca di piccole vescichette trasparenti o d' un grigio di perla, le quali dopo alcune ore acquistano l' aspetto pustoloso, trasformandosi dal secondo al terzo giorno in ulcere dolorose, la cui cicatrizzazione spesse volte à luogo dopo il primo o secondo settenario, non lasciando altra traccia se non che una piccola macchia rossa la quale scomparirebbe prontamente.

Si distinguono due specie di afte secondo il carattere discreto o confluyente della eruzione. L' afte discrete sono frequentissime; esse costituiscono ordinariamente un' affezione tutta locale. Allora si osservano soltanto alcune vescichette nella bocca, specialmente dietro le labbra, su i bordi della lingua, o alla parte media delle guance. Lo stesso giorno o al più l' indomani della comparsa, si circondano d' un cerchio grigiastro, biancastro, duro, dando così alla malattia un carattere pustoloso: tosto l' epitelio si distacca, e si vede allo scoperto una ulcerazio-

ne lenticolare della estensione quasi di tre linee, i suoi bordi e la sua superficie sono protuberanti, duri, grigiastri, spesso sanguinolenti e sempre dolorosissimi. I malati provano o un'aridità o una sensazione d'insolita umidità nella bocca; il fiato è fetido come in tutte le stomatiti; la masticazione e la impressione delle sostanze calde esasperano i patemi; ne' fanciulli di latte, il succhio sembra doloroso, ed i fluidi che bagnano la bocca sono spesso tanto irritanti da portare l'escoriazione dell'apice. Spesso in questi casi, i gangli sotto-mascellari si aumentano di volume e si rendono dolorosi. Vi è ancora mal'essere, inappetenza, un poco di diarrea ed un leggiero movimento febbrile che dura poco tempo. Questo periodo della ulcerazione non dura ordinariamente se non che tre o quattro giorni, alcune volte può prolungarsi per uno o due settenari. Quando la guarigione à luogo (e questo è l'esito costante della malattia), i bordi si abbassano, la superficie si pulisce, prende un colorito rosso; poi istantaneamente, cioè in trentasei ore ed anche in un giorno, si cicatrizza, ed il sito che occupava è appena distinto per alcuni giorni da una macchia rossastra.

Non è però così della forma confluenta, la quale, rara in Francia, è comune in Olanda, dove regna alcune volte epidemica. Qui l'eruzione è accompagnata da febbre e da gravi disturbi per parte degli organi digestivi. Le afte ricoprono la faccia interna delle guance e delle labbra; si osservano sul velo palatino e nella dietro bocca. Da per tutto si osservano confluenti, e somigliano ad una eruzione vaiuolosa; ciò spiega il mal'essere ed i dolori che i malati provano durante le deglutizioni. In questi casi la bocca è la sede d'un vivo bruciore; essa è arida o bagnata da un liquido filante: vi sono vomiturationi, diarrea, un'angoscia insopportabile, febbre, e la morte à luogo in mezzo agli accidenti tifoidei gravissimi, la cui manifestazione può coincidere colla riproduzione sulla mucosa gastroenterica di ulcerazioni simili alle afte che esistono nella bocca. Altre volte gli accidenti dinamici sono consecutivi della cancrena, la quale occupa le afte ulcerate, ed allora queste addiungono nerastre e fetide. La mortificazione può anche estendersi alle parti molli della bocca. Quest'esito però è raro, e si osserva soltanto negl'individui deboli o che si trovano in sfavorevoli condizioni igieniche. Checchè ne sia, le afte confluenti si prolungano durante due settenari; esse hanno un andamento lento.

Diagnosi. — Vedremo quanto sia facile distinguere le afte che consistono ne' follicoli mucipari, dalle soluzioni di continuo prodotte dal virus sifilitico e dall'azione del mercurio. Il carattere ulceroso distingue l'afte dal muco, anche quando piccole concrezioni esistessero intorno alla ulcerazione. Finalmente la sto-

matite difteritica, per la formazione di false membrane che cadono e si distaccano, e per lo aspetto della mucosa, la quale al di sotto di esse è violacea, rammollita, saniosa, ulcerata, non offre alcuna analogia colla infiammazione accompagnata da afte.

Pronostico — La prognosi è grave solo quando l'eruzione è conflente o seguita da cangrena.

Etiologia — Le afte sono frequentissime nella infanzia e nella gioventù, ma possono anche assalire le altre età. Una costituzione linfatica, un cattivo alimento sembrano predisporvi o determinarle. Però lo sviluppo della malattia à luogo frequentemente nelle condizioni le più opposte, sulla etiologia delle quali riesce impossibile poter dare alcuna ragionata opinione. Le afte sembrano d'altronde costituire spesso un' affezione sintomatica, qualche volta consecutiva d'uno stato generale più o meno grave: così esistevano frequentemente nella epidemia di Gottingue, della quale Rhocderer e Wagler ci hanno lasciato la relazione. Spesso coincidono con uno stato saburrile delle prime vie, o regnano durante alcune costituzioni mediche. Questi accidenti sono frequentissimi nel corso dello stato puerperale.

Cura. — Per le afte semplici, discrete basta quasi sempre una cura topica, la quale consiste, al principio, nelle lavande mucilagginose, emollienti, rendute calmanti mediante alcune gocce di laudano. Quando poi il dolore e la tensione delle parti sono diminuite, i mezzi precedenti vengono sostituiti dagli astringenti, come l'acetato di piombo, il sotto borato di soda, l'acido idroclorico, l'allume; finalmente sarà utile, per prontamente modificare la superficie ulcerata, di toccarle con un poco di azotato d'argento. Questo mezzo è stato anche consigliato sin dallo sviluppo, come capace di arrestare il male al suo cominciamento. È vero che qualche volta à fatto abortire il male, ma più frequentemente abbiamo osservato l'effetto contrario; in modo che questo rimedio lo crediamo soltanto utile dopo lo stadio infiammatorio, quando converrà modificare lo stato locale mediante la cicatrizzazione. A questi mezzi si aggiungerà un regime dolce, l'uso delle bevande acidolate, i bagni tiepidi, e qualche volta i lassativi. Nelle afte confluenti, oltre la stessa medicatura locale, bisogna spesso cavar sangue dalla vena o mediante l'applicazione delle sanguisughe sotto le mascelle.

Natura, e Sede. Le afte sono una forma infiammatoria delle membrane mucose: la vescichetta costituisce l'elemento primitivo della malattia. In quanto alla sede, Billard à procurato di collocarle ne' follicoli mucipari, altri nella mucosa stessa. Bichat e Gardien non hanno ardito pronunziarsi, e noi imiteremo la loro riserbatezza, poichè questa quistione non ci sembra ancora risolta; se poi vogliamo consultare le nostre proprie osservazioni,

diremo che propriamente parlando, le afte non hanno sede anatomica; in fatti ci è sembrato vederle svilupparsi ora su i follicoli ed ora sulla mucosa soltanto.

DELLE DUE ALTRE FORME DI STOMATITE ULCEROSA E PUSTOLOSA

Si potrebbero ancora ammettere molte altre forme di stomatite; così vi sono ulceri della bocca che hanno luogo dopo una soluzione di continuo della membrana mucosa, prodotta da un corpo estraneo o dalla pressione d'un dente scabroso, deviato, rotto. Queste ulceri, che hanno sede specialmente alle guance, o vicino agli ultimi molari, sono spesso dolorosissime, e possono estendersi alla grandezza d'un franco (moneta francese.); i loro bordi hanno la durezza scirroso; la loro superficie è ineguale, grigiastro, saniosa, e manda un odor fedito spiacevolissimo. Vi sono certe ulceri d'un aspetto veramente disgustante, e che tanto alla vista quanto al tatto, risveglierebbero l'idea d'un'ulcera cancerigna, se la causa produttrice ed il corso non ne indicassero facilmente la natura.

La cura sarà quella stessa delle afte, e specialmente bisogna sollecitarsi a modificare la superficie mediante il nitrato di argento.

Un'altra forma di stomatite, da noi già indicata, è quella che potrebbe chiamarsi *puustolosa*, perchè caratterizzata dallo sviluppo delle pustole sulla mucosa bucale, specialmente alla faccia interna delle gote e sulla volta palatina. Si osserva sempre nel vaiolo; l'eruzione della bocca in questo caso è della stessa natura di quella de' tegumenti. Simili pustole si manifestano frequentemente sulle stesse parti, e nel faringe, dopo l'uso dell'emetico ad alta dose. I malati si lagnano, in questi casi di calore e di bruciore nella bocca. Questa cavità è inondata di saliva, e spesso tappezzata da mucosità filamentosa. In generale bastano alcuni sciacquatori emollienti o leggermente acidolati per trionfare della malattia in pochi giorni.

DELLA STOMATITE MERCURIALE

Sotto i nomi di *ptialismo mercuriale*, di *salivazione*, o di *stomatite mercuriale*, si distingue una infiammazione della bocca la quale si sviluppa consecutivamente all'assorbimento del mercurio, e che risulta dall'azione speciale che questo metallo esercita sulla membrana mucosa delle glandole salivari.

Sintomi, corso, terminazioni. — I malati provano allo sviluppo della malattia un senso insolito di calore e di aridità nella bocca; essi hanno un sapore metallico spiacevole. Tosto le gin-

give si gonfiano, addiventano dolorose, gemono sangue e si rammolliscano; il loro colorito è brunastro nella maggior parte della loro estensione, eccetto alla base de' denti, ove offrono una striscia rossa o violacea, poi biancastra, tosto si esulcerano e la caduta de' denti à luogo. Questi, coverti d'un intonaco sporco, fangoso, sono sempre allontanati poi vacillanti; tutte le volte che i malati avvicinano le loro mascelle come per masticare, provano una sensazione, come se i loro denti fossero prolungati. Questo prolungamento è forse reale, e si spiega per la scossa che i denti anno subito, e per la propagazione della flemmasia negli alveoli. La bocca del malato esala sin dallo sviluppo un odor fetido affatto speciale, il quale differisce da quello che si osserva in tutte le altre stomatiti; qui à un carattere particolare e veramente patognomonico. La mucosa buccale è generalmente enfiata o siccome infiltrata; offre quà e là un intonaco biancastro prima punticchiato; poi sono tante piastre; questa disposizione è specialmente apprezzabile sulla lingua. A quest' epoca, lo stato dell'aridità della bocca è sostituito da una segregazione abbondante di fluido salivare. Se la malattia continua ad accrescersi, la tumefazione delle pareti buccali, e delle parti contenute in questa cavità aumenta; le guance, al livello de' grossi molari, le labbra, specialmente l' inferiore, e la lingua alla punta ed a' bordi, presentano de' solchi verticali, e tosto vere ulcerazioni, spesso coverte da pseudo-membrane, e separate da certe creste rosse che corrispondono alla sporgenza de' denti ed agl' intervalli che li separano. Ad un grado anche più avanzato, la lingua acquista un volume anche più considerabile; alcune volte non potendo più essere contenuta nella bocca, esce da questa cavità, e si avvanza al di là delle arcate dentarie, che dolorosamente premono su di essa. L' estremo dell' organo, esposto in questo modo all' aria, si asciuga e s' imbrunisce; la pressione de' denti essendo più forte, si veggono le ulcerazioni ingrandirsi, prendere un colorito grigiastro; spesso si formano delle escare. Tutta la faccia è tumefatta; il gonfiore si estende alle glandole parotidiche, sottomascellari, ed ai gangli; la pressione esercitata su queste parti è dolorosissima. Dalla bocca semi aperta esce un liquido chiaro, grigiastro fetidissimo, la cui quantità può giungere ad 1, 2 ed anche 3 chilogramme nel corso delle venti quattr' ore. Alcuni malati si lamentano d' un patema alla gola ed alle orecchie, causato dalla estensione della flemmasia alla faringe ed alle trombe di Eustachio. Quest' infelici sono allora in uno stato d' un mal' essere inconcepibile; così non possono nè masticare, nè trangugiare, nè sentire nè parlare; i dolori che soffrono, ed uno scolo d' una incessante segregazion salivare che à luogo dalla bocca, toglie completamente il sonno. La faccia è pallida; vi è cefalalgia intensa, una reazion febbrile più o me-

no considerabile, e come in qualunque altra infiammazione, la quantità della fibrina si aumenta. Se la stomatite, invece di calmarsi, continua a progredire, le gengive cadono in putridume; la flemmasia si propaga al periosto alveolo-dentario, i denti si fanno neri, vacillano, poi cadono; le guancie si cangrenano, ed una considerabile porzione delle ossa mascellari possono andar soggette alla necrosi. Lo stato generale si trova in rapporto con questi gravi disordini, i quali sono felicemente rari a' giorni nostri, ma che, comuni altre volte, hanno provocato la morte di molti ammalati. Quelli, i quali più felici, hanno sopravvissuto, sono rimasti con certe cicatrici viziose che li hanno sfigurati, o hanno incomodato o impedito le funzioni della bocca e degli organi ivi contenuti. Più frequentemente si veggono i malati colpiti da ptialismo così abbondante cadere nel marasmo, poi perire inevitabilmente, se la morbosa segrezione non si arresta tosto; quelli che guariscono rimangono per lungo tempo pallidi, magri, ed hanno sempre una convalescenza lunghissima. Quando la stomatite tende alla guarigione, la tumefazione ed il ptialismo diminuiscono, le ulcerazioni si spogliano, i denti riprendono la loro solidità, i malati possono mangiare sostanze molli, umide senza dolore; torna però difficile poter masticare corpi solidi, siccome il pane, senza provocare i dolori e lo scolo di sangue dalle gengive.

Durata.— La malattia dura più o meno lungo tempo; quando è benigna può terminare in quattro o sei giorni; se poi è grave si prolunga per lo meno due settenari ed anche più. Non sempre però esiste un rapporto esatto tra la gravità della malattia e la sua durata; in fatti non è raro vedere delle stomatiti mercuriali di mediocre intensione produrre per molti mesi una salivazione abbondantissima, la quale abbatte i malati. Questi ptialismi mercuriali con corso cronico sono quasi sempre sostenuti da qualche alterazione della mucosa, la quale è gonfia, saniosa, ulcerata in alcuni punti; però in piccol numero, le parti molli sembrano essere ritornate al loro stato fisiologico; sono allora piuttosto pallide anzichè rosse, e si direbbe che in questi casi esiste soltanto una semplice abitudine di morbosa segrezione. Il più delle volte quando la guarigione a luogo succede definitivamente: però alcuni conservano per molto tempo uno stato di suscettibilità nella mucosa buccale, la quale facilmente si gonfia e si esulcera; in oltre, i denti si cariano o pure cadono prima del tempo spontaneamente e senza esser guasti.

Diagnosi.— La diagnosi della stomatite mercuriale è facilissima; il puzzo particolar della bocca basterebbe per se solo a stabilire un carattere quasi patognomonico. Si è però preteso che qualche volta riusciva difficile ed anche impossibile distinguere le ulcerazioni mercuriali da quelle prodotte dal virus si-

filitico. Pensiamo però che la distinzione sia facile, perchè le prime occupano la faccia interna delle guance e corrispondono comunemente alla protuberanza de' denti; le altre sono ordinariamente situate sulla faringe e sulle tonsille, o sulla faccia superiore della lingua, qualche volta sulle labbra; queste sono rotonde a fondo grigiastro; i loro bordi sono ineguali, mentre le ulcerazioni mercuriali sono superficiali, irregolari e coperte di concrezioni membranose.

Pronostico. — Oggi il ptialismo mercuriale raramente compromette la vita, eccetto quando è troppo abbondante o provoca nella bocca considerabili distruzioni. Il pronostico è grave soltanto in questo caso: in tutti gli altri la malattia è solamente incomoda, noiosa, spesso ostinata, ma affatto pericolosa.

Etiologia. — Tutte le preparazioni mercuriali possono produrre la salvazione, ma nessuna quanto il calomelano, quando si amministra in piccola dose. Dopo di questo l'unguento mercuriale per frizioni, la pommata citrina (nitrato di mercurio); il mercurio gommoso di Plenck, come nelle pillole di Bellost; il mercurio metallico a vapore, come accade in quelli che maneggiano questo metallo. La salvazione si è pur veduta in quelli individui ai quali si era amministrato il mercurio metallico; purchè però produca questo effetto tossico, à bisogno di soggiornare per lungo tempo negli organi digestivi, per ivi dividersi, ossidarsi e trasformarsi in bicloruro di mercurio (Orfila). La facilità colla quale la salvazione è prodotta varia molto in diversi individui; ve ne sono di quelli in fatti i quali resistono ai mercuriali sotto qualunque forma ed a qualunque dose lo si amministri, mentre altri ànno tale suscettibilità che una piccola frizione coll'unguento grigio, o una cauterizzazione col nitrato acido di mercurio, o coll'amministrazione di 15 o 25 centigramme di calomelano, determinano un'abbondante salvazione. Una temperatura fredda, la dimora in luoghi umidi, una costituzione molle, la poca attività delle principali segrezioni e specialmente della traspirazione cutanea, sono le circostanze che favoriscono il più delle volte la stomatite mercuriale.

Cura. — Ai primi indizi della salvazione bisogna sospendere l'uso de' mercuriali, poi prescrivere i piediluvii irritanti; si cercherà di stabilire una controirritazione sul tubo digestivo coll'uso de' purganti energici, come l'olio di croton (1 a 3 gocce). Si farà tenere nella bocca del malato un liquido emolliente, mucilagginoso. I mezzi abortivi, come il ghiaccio e diversi colluttori astringenti, tanto vantati da alcuni medici non posseggono quella virtù che loro si attribuisce. Diremo altrettanto di molti medicamenti amministrati come capaci di neutralizzare il mercurio, come l'acido solforico, nitrico, il jodo ed i cloruri, l'oro, il solfo, i solfuri di calce o di magnesia; tutte

queste sostanze sono inutili ed anche nocive. L'acido idroclorico, al contrario, è un medicamento che gode d'una vera efficacia; poichè impiegato al principiar della stomatite, spesso l'ha fatta abortire. Per ottenere questo risultato, si toccano le gengive e la porzion della mucosa che incomincia a gonfiarsi, con un pennello di filaccia impregnato nell'acido idroclorico puro, avendo cura di asciuttare i denti quando l'acido li ha toccati. Questa superficiale cauterizzazione, che si ripeterà due o tre volte, cambia il modo della infiammazione della mucosa, e risparmia quasi sempre al malato gl'incomodi, e spesso i pericoli della salivazione, purchè però si pratici allo sviluppo. Questa pratica è stata consigliata in questi ultimi tempi dal signor Ricord, ed ancora dal signor Beaumès di Lione. Io la credo generalmente buona, e non partecipo affatto contro di essa delle prevenzioni d'un illustre ed abile medico, il signor Requin, il quale vorrebbe proscriverla per dare la preferenza ai semplici astringenti.

Quando la cauterizzazione non produce effetto, o quando non può usarsi a causa della violenza de' sintomi infiammatori, bisognerà insistere sugli antiflogistici; così la frequenza e la forza del polso potranno necessariamente richiedere uno o due salassi generali; il più delle volte una o molte applicazioni di sanguisughe alla mascella inferiore saranno sufficienti. Queste parti si covriranno con cataplasmi emollienti; si prescriveranno i gargarismi mucilagginosi, i bagni tiepidi, ed i mezzi rivellenti precedentemente indicati; finalmente si darà l'oppio per calmare gl'incomodi, senza speranza però di vederlo agire direttamente sulla malattia, siccome altri han creduto. Quando i sintomi infiammatori si saranno calmati, i colluttori si renderanno astringenti mediante il miele rosato ed il sotto-acetato di piombo, che si aumenterà successivamente alla dose di 8, 12, 20, 30 gramme e più in un veicolo di 120; altri preferiscono l'allume, che si amministra alla dose di 50 ad 80 gramme sciolto in una caraffa di liquido; o pure si applica con il dito tre o quattro volte al giorno sulle gengive; è questa la pratica del signor Velpeau. I mezzi dei quali abbiám parlato sono stati raccomandati sin dallo sviluppo della malattia come abortivi; noi però li crediamo pericolosi a quest'epoca, poichè sono meglio indicati ad un periodo più avanzato. Checchè ne sia, bisogna sempre unire agli astringenti i rivellenti eccitando le segrezioni, e notabilmente la traspirazione cutanea coll'uso de' bagni a vapore. L'ostinazione delle ulcere esige spesso la cauterizzazione col nitrato d'argento o coll'acido idroclorico; ma siccome possono spesso persistere per la pressione de' denti, così bisognerà, come lo consiglia il signor Ricord, covrirle con una pasta molle composta di altea ed oppio, o spalmata di cloruro di soda. Questa

precauzione basta spesso per se sola a guarire le ulcere sino allora ribelli a qualunque altro mezzo. Torna inutile il dire che quando la malattia è acuta, bisogna che i malati siano soggetti ad una dieta rigorosa; quando l'infiammazione sarà calmata alquanto si amministra il latte, il brodo, le minestre, i gelati, o qualunque altro alimento che non esige masticazione.

Natura. — Molti medici, anche de' nostri giorni, considerano la stomatite mercuriale come una malattia dell'e glandole salivari, specialmente delle parotidie; ma per poco che si legga con attenzione la precedente descrizione non potrà rinvocarsi in dubbio che la *salivazione mercuriale* altra cosa non è, se non che una varietà della stomatite. L'infiammazione delle glandole salivari non costituisce mai il fenomeno predominante, ed è sempre consecutivo. La supersegregione della saliva dipende molto meno dall'azione diretta che il mercurio eserciterebbe sulle glandole salivari, che dalla infiammazione della mucosa buccale, che agisce simpaticamente su di esse, in virtù di quella legge la quale vuole, che la maggior parte delle segrezioni siano aumentate, quando una flemmasia esiste all'estremo d'un condotto escretore. Aggiungiamo finalmente che il fluido il quale sfugge dalla bocca è in parte fornito da' follicoli della mucosa. Checchè ne sia, è probabile che il mercurio agisca sulla membrana, e che forse è eliminato dalla segrezione della quale questa forma la sede.

DELLA GLOSSITE

La glossite, o infiammazione della lingua può soltanto occupare la membrana mucosa; altre volte invade primitivamente o consecutivamente il tessuto stesso dell'organo; da ciò la distinzione di glossite *superficiale* e *profonda*.

Sintomi, corso, esiti. — La glossite superficiale può caratterizzarsi dalle diverse alterazioni che si osservano nelle varietà della stomatite che già abbiamo studiata. Quindi abbiám veduto il muco esordire quasi sempre dalla lingua. Egualmente si vede quest'organo esser la sede delle afte, de' prodotti membranosi e delle diverse ulcerazioni. Vi è una forma di glossite superficiale nella quale esiste appena una leggiera tumefazione della lingua; la superficie dell'organo, rossa, arida, intieramente spogliata dell'epitelio, mostra allo scoperto le papille protuberanti, e ciò spiega il dolore scottante che eccitano le sostanze più dolci. Il gusto è nello stesso tempo perverso, alterato; la parola è difficile; i gangli del collo sono frequentemente enfiati e dolorosi. Spesso esistono disturbi primitivi o sintomatici degl'organi digestivi. Questa specie di glossite à quasi sempre un esito felice; però non mancano casi d'una cangrena.

Altre volte l'infiammazione sembra non assalire che l'apparato follicolare, specialmente quello della base dell'organo: questa forma di glossite è stata chiamata dal signor Requin glossite *papillare*. Le papille, rosse, e dure, protuberanti, presentano allora una sensazione di calore, di pizzicore che aumenta ed addiviene insopportabile per poco che gli alimenti siano conditi. Siccome il signor Requin, io non ò ancora osservato questa forma di glossite che in quelle donne nervose, isteriche; ordinariamente è molto ostinata.

Nella glossite profonda o parenchimatosa, i sintomi sono ben altrimenti gravi; in poche ore, si osserva la lingua acquistare un volume talmente considerabile, che dopo aver occupata tutta la bocca, sporge in parte al di fuori, mentre la sua base protubera verso la faringe e respinge l'epiglottide, ciò che spesso dà luogo agli accidenti di asfissia. In questi casi la deglutizione e l'articolazione de' suoni divengono impossibili. Finalmente la circolazione cerebrale prova un incomodo estremo per effetto della compressione de' vasi del collo; ciò spiega i sintomi apoplettici che si manifestano in alcuni malati; la faccia è allora gonfia e azzurrognola; la parte della lingua che sporge fuori la bocca è tesa, rossa o violacea. I sintomi generali stanno in ragion diretta della intensione della flemmasia e del disturbo delle funzioni respiratorie.

La glossite parenchimatosa può risolversi o pure esser seguita dalla suppurazione e dalla gangrena; la morte è l'effetto dell'asfissia; questa accade ordinariamente ad un'epoca anche poco avanzata, cioè alla fine di trentasei o quarant'ott'ore.

Diagnosi e prognosi. — Da quel che abbiám detto chiaro apparisce che la diagnosi della glossite è sempre facile. Bisogna dunque egualmente giudicare quanto il pronostico sia grave quando l'infiammazione occupa i tessuti cellulare e carnosio dell'organo. La gangrena non lascia mai speranza di salute; però molti casi esistono nella scienza in cui la guarigione à potuto succedere, nonostante un esito sì funesto.

Etiologia. — La glossite superficiale riconosce ordinariamente le stesse cause della stomatite. Un dotto medico di Rennes, il signor Toulmouche, à indicato nella *gazzetta médicale del 1842*, siccome causa frequente della glossite, o piuttosto della stomatite, l'abitudine viziosa delle filatrici di canape, le quali si servono della saliva per lavorare il filo, non cessando di toccare colla lingua ed il filo e le dita: così si veggono infiammazioni che incominciano ordinariamente dalle papille, le quali sono rosse, protuberanti sensibilissime, che poscia si distruggono spessissimo mediante una erosione superficiale o profonda. Questa specie di glossite dura soltanto tre o quattro giorni.

La glossite profonda sembra essere raramente primitiva; qualche volta è prodotta da una ferita dell'organo, più spesso è l'effetto dell'azione del mercurio; accompagna frequentemente la stomatite mercuriale; altre volte si manifesta come lesione secondaria in certe febbri gravi.

Cura. La glossite profonda esige un metodo di cura estremamente energico; quindi bisognerà praticare uno o più copiosi salassi: si applicheranno molte sanguisughe sotto la mascella inferiore; si amministreranno i rivulsivi cutanei ed i clisteri. Finalmente se gli accidenti sono talmente intensi, che minacciano di soffocare il malato per effetto dello eccessivo volume della lingua si praticheranno delle profonde incisioni su tutta la lunghezza di essa; queste operazioni producono spesso uno sgorgo rapido. La glossite superficiale richiede l'uso de' colluttori mucilagginosi, che si rendono leggermente risolvanti subito che la infiammazione comincia a spegnersi.

DELLE ANGINE

La parola *angina* (da *αἴμα*, io *strangolo*) serviva ad indicare, nel linguaggio degli antichi medici, tutte le difficoltà d'ingoiare o di respirare, prodotte da una causa collocata al di sopra del polmone o dello stomaco. Oggi però questa espressione è soltanto usata per denominare le flemmasie delle membrane mucose comprese tra la dietro-bocca, il cardia e l'origine de' bronchi.

Le angine hanno ricevuto nomi particolari, secondo la loro sede speciale, la terminazione, la loro natura, e la specie delle alterazioni che le costituivano. Le principali sono le angine *gutturale*, *tonsillare*, *faringea*, *laringea*, *tracheale*, *edematosa* e *pseudo-membranosa*. La maggior parte possono esistere nello stato acuto o cronico; alcune però hanno sempre un andamento acuto. In questo luogo ci occuperemo soltanto delle angine della faringe e dell'esofago, riserbando lo studio delle altre quando tratteremo delle flemmasie dell'albero respiratorio.

DELL' ANGINA GUTTURALE E DELL' ANGINA FARINGEA ACUTE

Nell'angina gutturale, l'infiammazione occupa la mucosa che tappezza l'istmo della gola, il velo palatino, i suoi pilastri, l'ugola e le tonsille.

Sintomi dell'angina gutturale. — Manifestandosi per lo più senza prodromi, i malati sentono sin dalla invasione un poco di dolore ed un senso di secchezza nella gola; la deglutizione

è difficile, e la voce offre un suono nasale. Collocando il malato rimpetto ad una finestra o della luce, gli si fa aprire la bocca per osservare le parti affette, e queste si trovano tumefatte appena; la membrana mucosa però è rossa, lucida ed arida; poi è tappezzata da un muco filante, che alcune volte si condensa e forma uno strato grigiastro, specialmente sulle tonsille. Alcuni malati sentono quasi un continuo bisogno di tranguggiare, ciò che spiegasi specialmente pel gonfiamento ed il prolungamento dell'ugola, la quale solletica mai sempre la base della lingua, e determina qualche volta le nausee ed i vomiti. Nella maggior parte de' casi i malati provano un gusto insipido ed amaro; quasi sempre il fiato è spiacevole e fetido. L'appetito è quasi sempre diminuito; il più delle volte è perduto; vi è sete, costipazione o diarrea, finalmente se la infiammazione è viva, si manifesta un apparato febbrile poco intenso. Dopo un aumento di due o tre giorni, gli accidenti diminuiscono d'intensione. Alcuni casi rari però hanno presentato una suppurazione nell'ugola e nel velo palatino; si distingue pel volume delle parti, e del colorito azzurrognolo o biancastro; d'altronde toccando l'estremità col dito, si sente una fluttuazione, e questa semplice pressione basta spesso per provocare la rottura del piccolo ascesso; altre volte questa à luogo dietro i conati di vomito o di tosse.

Sintomi dell'angina faringea — Dal nome istesso si comprende che l'angina faringea occupa la membrana mucosa della faringe; ma i sintomi differiscono, secondo che la flemmasia affetta la porzion superiore della faringe che si vede aprendo la bocca, o pure la parte inferiore, impossibile a vedersi. Nel primo caso, esiste una sensazione di ardore, di bruciore, di aridità nella gola; la mucosa è rossa, secca, lucida e tappezzata da un muco grigiastro e molto aderente. La deglutizione è meno stenata che nell'angina gutturale; non vi si osserva nè il suono nasale nè il bisogno di tranguggiare. I malati però sono tormentati da una *tosse gutturale*, la quale dopo alcuni sforzi provoca l'espulsione d'un muco tenace che riveste la parete posteriore della faringe.

Quando la infiammazione occupa la parte inferiore della faringe, i malati provano la difficoltà ed il dolore d'inghiottire al livello dell'apertura superiore della laringe. Ad alcuni sembra che il bolo alimentizio vada soggetto in questo punto ad un ostacolo. I movimenti impressi alla laringe, come pure la pressione esercitata sulle parti laterali del collo, aumentano i patemi. L'osservazione della gola, premendo fortemente la lingua, non permette di vedere le parti affette. In alcuni casi rari in cui la infiammazione si propaga all'epiglottide, comprimendo fortemente la lingua, si può vedere quest'organo, il quale è d'un rosso

carico, o rassomiglia, pel suo colorito e pel suo volume, ad una ciriegia presentando nel suo centro una depressione longitudinale.

L'angina faringea raramente risveglia la febbre; essa termina quasi sempre colla risoluzione dopo aver durato un giorno o molte settimane; altre volte passa allo stato cronico. Le recidive sono frequentissime.

Diagnosi — I sintomi e specialmente l'osservazione delle parti permelteranno sempre la conoscenza dell'angina gutturale e faringea. Ne' ragazzi appena nati, non bisogna confondere la infiammazione colla rossezza naturale della gola, che esiste spesso per otto a dieci giorni dopo nati. Questa si distingue da quella della infiammazione dal perchè non risveglia mai la febbre e non è accompagnata da difficoltà della deglutizione.

Pronostico. — Il pronostico non è mai grave.

Etiologia. — Le angine faringee o gutturali sono frequentissime ne' ragazzi e ne' giovani; sono frequenti nella primavera; sono provocate dall'azione de' vapori irritanti, dal contatto dei corpi troppo freddi. Le loro cause più comuni però sono le variazioni atmosferiche ed il raffreddamento del corpo; spesso regnano anche epidemicamente.

Cura. — L'uso delle bevande dolci, i gargarismi emollienti, alcuni piediluvi irritanti ed i lassativi, sono i soli mezzi attivi da opporsi alle angine gutturali e faringee. Torna inutile il dire che questi mezzi debbono essere accompagnati dal riposo in mezzo ad una temperatura uniforme, ed alla dieta, se vi è febbre. In quest'ultimo caso un salasso potrebbe tornar utile. Finalmente si combatteranno con analogo metodo le complicanze che potrebbero esistere. La più frequente è l'imbarazzo gastrico, che richiederà l'uso d'un vomitivo. Anno pur anche raccomandato allo sviluppo gli astringenti, e specialmente l'allume; ma di questo mezzo ne parleremo quando tratteremo della tonsillite.

DELLE ANGINE GUTTURALI O FARINGEE CRONICHE

Le angine faringe e gutturali possono esser croniche, e questo stato può esser primitivo, ed ora consecutivo della forma acuta.

L'angina gutturale o faringea cronica è caratterizzata da un colorito violaceo, azzurrognolo della membrana mucosa, che spesso offre de' punti rossi, ed un apice d'un rosso pallido o blò, specialmente rilevato alla parte posteriore della faringe. Nello stesso tempo i malati si lagnano di bruciore alla gola ed un senso di aridità in questa parte. La deglutizione è difficile, dolorosa, specialmente la mattina o al principio di o-

gni pranzo. I malati espellono dopo molti sforzi delle mucosità grigiastre ed arrotondite. Tutti questi accidenti aumentano dopo un eccesso del cibo, de' cambiamenti atmosferici. I malati provano in oltre una notevole fatica quando parlano o cantano; i suoni, specialmente gli acuti, sono più o meno alterati. Le angine gutturali e faringee possono durare indefinitivamente, così molti mesi ed anni intieri. Di tempo in tempo passano allo stato acuto, ed in seguito d'una recrudescenza alla risoluzione (vedi come compimento l'articolo *Sifilide costituzionale delle membrane mucose.*)

A questa forma di malattia, si opporrà l'uso de' gargarismi astringenti e l'allume in polvere. Se la superficie è acuminata, granulata, bisogna toccarla leggermente coll'azotato di argento o coll'acido idroclorico puro. Ma prima di usare questo mezzo, molto ripugnante per i malati, s'impiegheranno i gargarismi con le Acque — Bone, ed in preferenza colle acque naturali d'Engbien; i malati ne potranno bere contemporaneamente tutti i giorni uno o due bicchieri la mattina a digiuno. Finalmente si completa la cura coll'uso di alcuni purgativi; si darà in oltre qualche bagno a vapore, nello scopo di operare una controirritazione sulla pelle.

DELLA TONSILLITE O ANGINA TONSILLARE

Sinonimia. — Esquinanzia, infiammazione delle tonsille

La tonsillite, o infiammazione delle tonsille vien caratterizzata dalla durezza, rossezza di queste glandole, accompagnata da calore, aridità della gola ed una difficoltà più o meno grande nella deglutizione. La tonsillite può esistere nello stato acuto e cronico.

Anatomia patologica. — Ne' casi rari dove le tonsille possono anatomicamente esaminarsi infiammate, si osserva il volume aumentato, la loro superficie rossa ed iniettata. La mucosa che le riveste è densa e friabile; qualche volta ricoverta da false membrane. Le cripti, la cui conglomerazione sembra sostituire la tonsilla, sono infiate, e dalle loro superficie, fatte più distinte, si fa gemere, mediante la pressione, un fluido viscoso, rossastro; altra volta, la loro cavità è ripiena di false membrane o di una materia sebacea e concreta che tramanda un fetido odore. Ordinariamente la flemmasia assalendo simultaneamente i tessuti cellulari sotto-mucoso ed interfollicolare, il parenchima della glandola irritata si trova friabile, indurata; esistono allora nella sua spessezza uno o molti ascessi; finalmente in alcuni casi rari, tutto il tessuto dell'organo, acquista un colore azzurrognolo, e rammollito ed evidentemente mortificato.

Nello stato cronico, la tonsillite è anatomicamente caratterizzata dall' induramento e l' aumento del suo volume. Il tessuto cellulare è spessito e duro, i follicoli sono ipertrofiati, le loro cavità sono più larghe, il loro orificio dilatato, e contengono una materia sebacea della consistenza e dell' odor del formaggio fracido. Nella forma acuta, si trova spesso che la flemmasia si propaga alla faringe o almeno all' epiglottide, che diviene dura, rotonda azzurrognola o rossa, simile, come abbiám detto, ad una grossa ciriegia.

Sintomi. — La tonsillite ordinariamente si sviluppa senza prodromi o leggieri: così i malati accusano un senso di calore ed aridità alla gola, incomodo e dolore inghiottendo; tosto questi sintomi aumentano. Il dolore si esacerba allora sotto la esterna pressione, al luogo della tonsilla; la segregazione salivare addiviene più abbondante, e l' aumento di volume delle tonsille provoca frequenti movimenti di deglutizione, indicati da contorcimenti della faccia, che stanno in rapporto col dolore vivo che i malati provano nella contrazione de' muscoli della faringe. Ad un grado più avanzato, la deglutizione può rendersi impossibile; in questi casi, le bevande non passano l' istmo della gola, e se una porzione arriva sino alla faringe, risveglia frequenti contrazioni spasmodiche tali, che il liquido rigurgita dalla bocca e dalle narici. Quasi tutti i malati provano una tosse gutturale penosissima, che aumenta i patemi, e dopo alcune scosse dolorose sputano delle mucosità opache e giallastre, segregate dalla membrana mucosa infiammata. La bocca, in quest' affezione esala un odore spiacevole; la voce è rauca, e nella maggior parte de' casi, è soffogata e sembra eseguirsi soltanto nella gola. L' esame di questa parte fa conoscere che le tonsille sono più voluminose; si presentano sotto forma di due tumori rossi duri, che otturano più o meno completamente l' istmo della gola, o sono soltanto separate dal velo palatino, il quale è rosso, gonfio e spinto in avanti con i suoi pilastri anteriori. Si osservano qualche volta sulle superficie ammalate delle concrezioni giallastre, irregolari, più o meno intimamente aderenti. Il trasudamento, come lo abbiám veduto, è pultaceo e biancastro nella tonsillite, simile a quello il quale accompagna la maggior parte delle scarlattine.

Il volume delle tonsille. il più delle volte è ineguale; ora una sola è protuberante; in questo caso, l' ugola è molto deviata dalla parte opposta. L' esplorazione delle parti affette non riesce sempre facile. In fatti spesso accade che i malati non possono aprire la bocca, a causa della estensione della flemmasia a tutte le parti circonvicine, e per la tumefazione ed il dolore de' gangli sottomascellari. Nell' angina tonsillare, quasi tutti i malati provano un dolore più o meno vivo nell' orecchio o in tutti due

contemporaneamente, quando la flemmasia à guadagnato l'orificio faringeo delle trombe eustachiane. Questo dolore, che si calma spesso colla pressione esercitata sull' orecchio mediante la mano, ora è costante, ora è risentito soltanto nell'atto della deglutizione; esso è accompagnato frequentemente da tintinni, da durezza nell'udito, da sordità completa o anche da una crepitazione particolare.

Per poco che la tonsillite sia intensa, risveglia allora dei veri disturbi simpatici. Così la maggior parte de' malati accusano un mal'essere, cefalalgia, vi è febbre più o meno intensa; la lingua è bianca, la bocca pastosa, sete intensa, inappetenza; frequentissimamente in fine si osserva un insieme di fenomeni che caratterizzano lo stato bilioso o gastrico. Alcuni malati benchè gagliardamente assaliti dalla malattia, non hanno febbre e conservano l'appetito; non possono però soddisfarlo a causa della tumefazione delle parti e del dolore provocato dagli sforzi della deglutizione. In altri il dolore è vivo soltanto al principio del pranzo; ma spesso lo finiscono con poco incomodo, e ciò potrebbe spiegarsi forse col dire che i primi alimenti hanno ingrandito il passaggio portando via le mucosità che l'otturavano, ed abituando le parti infiammate al contatto de' corpi estranei. I sintomi locali che ò descritti, come il dolore della gola e dell'orecchio, la difficoltà d'inghiottire esistono soltanto da una parte quando l'infiammazione invade una delle tonsille.

I disturbi funzionali offrono variabile intensione, secondo l'estensione o la gravezza della flemmasia, ed il volume che le tonsille acquistano. Così abbiám veduto che la tonsillite poteva esistere quasi senza alterare la salute generale, mentre altre volte è accompagnata da' più gravi accidenti. Così quando le tonsille sono tanto grosse che si toccano col loro bordo interno, in modo da mettere un ostacolo al passaggio dell'aria, i malati si trovano in uno stato di estrema ansietà; la respirazione è frequente, incomoda, l'ematosi incompleta, la faccia accesa, azzurrognola, gli occhi protuberanti; finalmente la morte à luogo, o con sintomi di asfissia, o d'una congestione cerebrale. Un tale esito è però rarissimo.

Corso, durata, esiti. — La tonsillite ordinariamente siegue un andamento rapido. Il più delle volte l'infiammazione occupa simultaneamente le due tonsille, ma con ineguale intensione; alcune volte una soltanto è affetta, e solo dopo molti giorni, ed anche quando la risoluzione dell'una à luogo, l'altra si ammalà; la malattia si circoscrive ad una sola tonsilla in un caso su nove soltanto. Checchè ne sia, la malattia à acquistato il suo *maximum* d'intensione dal quarto al quinto giorno; poi rimane per alcuni settenari stazionaria, e declina: allora la deglutizione è meno stentata, la voce finisce il suo suono; il

mucos che rende lubriche le parti flogosate è più denso, opaco giallastro, e si distacca con più forza, e questa espulsione è accompagnata da sollievo. Nello stesso tempo le tonsille diminuiscono di volume, ed il colorito rosso diminuisce; in questo caso si dice che la malattia termina per risoluzione. Però nella maggior parte de' casi, quantunque i dolori e la disfagia terminino, la gola continua ad esser rossa, e le tonsille rimangono più o meno gonfie, e soltanto dopo lunghissimo tempo ritornano al loro stato primitivo. La risoluzione è l'esito più frequente della malattia; in casi eccezionali soltanto si osserva la suppurazione. Quando questa à luogo, i sintomi infiammatori toccano il loro *maximum* d'intensione, il gonfiamento è considerabile, i dolori prima lancinanti si calmano e tosto addiventano gravativi; poi si vede un punto delle tonsille acuminarsi e farsi bianco; osservando col dito, si à una sensazione d'una mollezza fluttuante, ed allora la menoma pressione basta per rompere le pareti dell'ascesso. Spesso questa evacuazione è spontanea; ordinariamente è provocata da conati di tosse o di vomito. I malati sentono ad un tratto che la bocca si bagna, e sputando scorgono un pus flemmonoso o rossastro, privo di odore o fetidissimo. La quantità del pus può essere molto considerabile da provocare, mediante una suppurazione improvvisa, gli accidenti della soffocazione. Altre volte, al contrario, sia che il pus esista in piccola quantità, sia che sgorgi da una piccola apertura, questa potrebbe non esser veduta, se il gusto spiacevole che i malati provano, e l'odor fetido che esalano non richiamasse la loro attenzione. In generale, i sintomi diminuiscono prontamente, senza che si osservi un abbassamento proporzionato nel volume del tumore. Gli ascessi delle tonsille ordinariamente si aprono nella bocca; in fatti si citano casi rari in cui si siano manifestati al di fuori; si son veduti pure anche qualche volta distaccare largamente i muscoli del collo e dilatarsi nella regione ioidea e sin anche al di sopra della clavicola. Il Signor Velpeau ne à osservato tre casi. Un accidente felicemente più raro, e che ò osservato io stesso una volta, è l'emorragia fulminante che uccide in pochi momenti quando l'infiammazione, propagandosi al di fuori, colpisce ed esulcera la carotide interna, la quale, come ognun sa, non dista dalla tonsilla che d'uno spazio di 20 a 25 millimetri. La tonsilla infiammata può qualche volta esser colpita da cangrena in parte o in tutto. Questo accidente è però molto raro, e si conosce al odor fetido che esala dalla bocca, al lividore ed al color brunastro del tessuto della tonsilla, la quale si distacca sotto forma di detritus pultaceo. Per questo esito, e per la rottura dell'ascesso, osservansi, specialmente alla superficie delle tonsille, delle ulcerazioni profonde con fondo grigio, con i

bordi duri e rilevati. Queste soluzioni di continuo non sono quasi mai primitive, eccettuato in quelli affetti da sifilide, ne' quali la tonsillite, qualche volta leggiera, richiama e determina la diatesi venerea, che si distingue per la formazione delle ulcere caratteristiche (vedi nel tomo 11.^o *sifilide costituzionale*). Finalmente la tonsillite può passare allo stato cronico; quest' esito chiamasi *induramento*. In questo caso, le tonsille sono più o meno voluminose e dure; la deglutizione è abitualmente incomoda; la voce meno perfetta; qualche volta nasale; l' udito duro; l' alito fetidissimo, specialmente al ridestarsi. In fine i malati van soggetti alle recidive molte volte nel corso dell' anno, cioè che la malattia si acutizza momentaneamente. Questa forma si osserva frequentemente ne' ragazzi, e Dupuytren la considerava come quella che cagiona ne' giovanetti quella deformazione del torace, consistente nel raccorciamento della parete anteriore, il gonfiamento del dorso e l' abbassamento delle coste; egli spiegava ciò per gli sforzi esercitati da' muscoli inspiratori per vincere l' ostacolo che le tonsille aumentate di volume opponevano alla respirazione. Queste idee del gran chirurgo ch' egli espose nel 1827, sono state confermate da molti osservatori, particolarmente dal Signor Coulson a Londra, dal Signor Warren a Boston, e recentemente dal dottor Robert. Quest' ultimo, in un interessante lavoro pubblicato nel 1843 nel *Bulletin de thérapeutique*, ha stabilito che l' ingorgo cronico delle tonsille ne' fanciulli, non solo produceva la difformazione del torace, ma molti ordini di accidenti, de' quali i principali sono l' indebolimento dell' udito ed una tosse ostinata della gola, e ciò è perfettamente esatto. Il Signor Robert aggiunge; che il palato essendo impegnato in alto, rende difficile la respirazione per le narici; da ciò quella fisionomia tumefatta de' fanciulli, i quali sono obbligati di tenere sempre la bocca aperta. Finalmente le narici, non permettendo quasi più il passaggio dell' aria, van soggette, secondo il Signor Robert, ad un arresto nel loro sviluppo, che secondo lui produce la strettezza del naso, la poca estensione della volta palatina e dell' arcata dentaria superiore. Queste idee ci sembrano un poco azzardate; poichè non crediamo che l' angina possa produrre tali disordini. In fatti la disposizione delle narici, dell' arcata dentaria e del palato, indicata dal Signor Robert, è evidentemente congenita; d' altronde si osserva frequentissimamente. In quanto alla difformazione toracica, è piuttosto un effetto della rachitide alla quale l' infiammazione è affatto estranea. I soli accidenti che noi riguardiamo come quelli che possono dipendere dalla tonsillite sono, la tosse gutturale, e la sordità prodotte dalla propagazione dell' ingorgo tonsillare faringeo alle trombe eustachiane. Finalmente non bisogna ignorare che l' accumulo della materia sebacea ne' follicoli della tonsilla può essere la causa dell' alito fetido.

La tonsillite à una durata media di otto a dieci giorni ; non pertanto può prolungarsi sino alla fine del primo settenario, può anche oltrepassare il terzo , ma in questo caso molte recrudescenze ànno avuto luogo. La tonsillite va spessissimo soggetta alle recidive , specialmente in certi individui.

Diagnosi. — La tonsillite non presenta mai alcuna difficoltà per la diagnosi.

Pronostico. — Il pronostico è grave soltanto quando la febbre è intensa , quando esistono sintomi di congestion cerebrale o accidenti di soffocazione. La cangrena è pure una circostanza sempre pericolosa. In fine è una delle malattie acute che per lo più terminano felicemente.

Etiologia. — La tonsillite , rara ne' neonati è frequente nella seconda età ; acquista poi il suo massimo di frequenza da quindici a trent' anni ; è rara dopo i quaranta. I due sessi vi sono egualmente predisposti ; si ignora però quale influenza abbiano i temperamenti. Più comune nella primavera e nell' autunno , riconosce sempre le stesse cause dell' angina faringea e gutturale ; essa regna epidemica più dell' angina, spesso si manifesta nel corso della scarlattina, e più rara nel morbillo ed in certe epidemie di orecchioni.

Cura. — Nella maggior parte de' casi , la tonsillite cede all' uso d' un metodo poco energico , siccome lo abbiamo indicato per l' angina gutturale. Quando però vi è la febbre, quando il dolore è intenso e che le tonsille ànno acquistato un volume considerabile , bisognerà praticare uno ed anche molti salassi generali ; questi , siccome lo à dimostrato il Signor Louis, sono da preferirsi a' salassi locali , i quali recano meno sollecitamente de' primi qualche sollievo. Nelle angine gravi però , quando la soffocazione è imminente , questi due mezzi debbono combinarsi tra loro. Si stabiliranno ancora delle contro irritazioni mediante i rivellenti esterni co' sinapismi, e le interne con i purganti ed i clisteri , e meglio anche coll' amministrazione dell' emeto catartico , ogni qual volta lo permette la deglutizione. Questo mezzo non solo è utile per gli effetti rivulsivi , ma per le scosse di vomito, durante le quali le tonsille sono sottoposte, per i muscoli faringei, ad una compressione energica la quale preme i fluidi infiltrati e favorisce la risoluzione. Passerò sotto silenzio le sanguisughe applicate sulle tonsille o le scarificature del loro tessuto coll' aiuto di diversi strumenti , perchè questi mezzi difficili ad impiegarsi , il più delle volte producono gli effetti contrari a quelli che il medico si propone. Oltre i casi di soffocazione , non saprei consigliare l' applicazione de' rescianti attorno del collo , i quali erano frequentemente impiegati da' medici dell' ultimo secolo.

La forma della malattia, le sue complicate, ed il modo di terminare forniscono ancora molte precise indicazioni. Quindi la reazione infiammatoria costringerà il medico ad insistere sugli antiflogistici; lo stesso avviene in certe costituzioni mediche, quando tutte le angine si complicano ad uno stato bilioso (*angine biliose di Stoll*) bisogna ricorrere all'uso degli emetici e de' purganti. Questi medicamenti non solo fanno scomparire i sintomi gastrici, ma spiegano una grande influenza, ed il più delle volte rapidissima sulla gola, come se un rapporto intimo esistesse tra la flemmasia e la complicità degli organi digestivi.

Quando si conosce che la tonsillite è terminata colla suppurazione, bisogna sollecitare l'uscita del pus, sia lacerando coll'unghia il punto fluttuante, o mediante un bisturi. Finalmente in quelli pusillanimità, si amministrerà un vomitivo, affinché la scossa che provoca, e lo stato convulsivo della faringe operino la rottura del focolare. Se la cangrena si manifesta, bisognerà indagarne la causa: quando essa dipende dalla violenza della flemmasia, gli antiflogistici sono indicati; se si trova ligata ad uno stato generale particolare, le si opporranno de' mezzi propri; si favorirà la caduta delle escare, e si modificherà lo stato delle parti con delle lavande e le applicazioni detersive e toniche, come l'acqua ed aceto resa stimolante mediante l'acido idroclorico, le infusioni di china ec. Questi mezzi conven-gono pure nelle ulcere consecutive, purchè però non siano sostenute da una causa specifica, come la sifilide. Spesso si solleciterà la loro guarigione toccando la superficie con un caustico.

Le sostanze astringenti, particolarmente l'allume sono generalmente amministrate verso il declinar della malattia. Allora può insufflarsi la polvere di allume nella gola mediante un tubo, o si porta questa sostanza sulle tonsille mediante l'indice. L'allume produce comunemente una rapida diminuzione di volume dell'organo; poichè applicato come abbiamo detto, agisce non solo per le sue proprietà astringenti, ma risvegliando de' sforzi di vomito ed uno stato di contrazione spasmodica dei muscoli della faringe, durante il quale le tonsille sono compresse. Alcuni, specialmente il Signor Velpeau, hanno voluto estendere l'uso dell'allume allo stato acuto; nonostante però una sì possente autorità, non crediamo che questa pratica possa esser generalizzata; perchè abbiamo mille volte veduto che l'uso prematuro dell'allume aumentava gli accidenti infiammatori, e prolungava di molto la durata della malattia. Taceremo sull'uso della resina di guaiaco amministrata alla dose di 1.^a gramma due o tre volte al giorno: questo mezzo è stato ultimamente raccomandato in Inghilterra dal dottor Morris, ma quest'assertiva non viene appoggiata da alcuna serie di fatti.

Gli astringenti ed i rivellenti intestinali sono i soli mezzi che convengono nella tonsillite cronica; quando poi si prolunga indefinitivamente, e che il tessuto delle tonsille è ipertrofiato, bisogna allora ricorrere alla estirpazione di questi organi.

DELL' ANGINA PSEUDO-MEMBRANOSA

Sinonimia — Ulcera siriana, angina contennosa, cangrenosa, difteritica, maligna.

L' angina pseudo-membranosa è una infiammazione specifica che occupa comunemente la faringe, le tonsille, il velo palatino ed i suoi pilastri, ed è caratterizzata dalla formazione d' una falsa membrana generalmente grigiastrea, molto propensa ad invadere le parti circonvicine, e si accompagna da gonfiamento de' gangli sotto mascellari e da un apparato di sintomi generali più o meno gravi.

Storia. — Sotto i nomi d' angina maligna, d' ulcera siriana, o egiziaca, sembra che Arceo abbia descritta la malattia della quale andiamo a parlare. I suoi successori però a pena ne fecero menzione, e solamente verso il principiar del Secolo XVII.^o Nola (1), Villareal (2) ed altri medici spagnuoli ed italiani la descrissero di bel nuovo. Ma i più distinti lavori seno quelli intrapresi verso la metà e la fine dell' ultimo secolo, dal Signor Malouin (3), da Astruc (4) da Chomel (5), e specialmente da Sam Bard, di New-York (6), le cui opinioni sono state riprodotte e commentate con gran talento dal Signor Bretonneau, il quale tra tutti i nostri contemporanei à più illuminato l' istoria dell' angina difteritica (7). Forse con ragione il celebre medico di Tours à cercato di riportare a questa malattia tutto ciò che gli antichi avann detto delle angine cangrenose. A torto però si stabilirebbe assolutamente l' esistenza di queste ultime; esse sono eccessivamente rare; d' altronde costituiscono una malattia affatto distinta da quella di cui parleremo (vedi la *classe delle cangrene*).

(1) De epidemia phlegmone anginosa grassante Neapoli, in 4. 1610.

(2) De signis causis et curatione morbi suffocantis. lib. II. in 4. 1611.

(3) Mémoires de l' Acad. des Sciences, années 1747, 1748, e 1749.

(4) Lettre sur l' espèce de mal de gorge gangréneux qui a régné parmi les enfans 1748.

(5) Dissertation sur l' espèce de mal de gorge gangréneux Paris, 1759 in 12.

(6) Recherche sur l' angine suffocante, traduit de l' anglais par Ruetie, en 1810.

(7) Inflam. Speciales des tissus muqueux et en particulier de la diphtérie, 1823 in-8.

Anatomia patologica. — Siccome abbiain detto, l'angina colennosa è anatomicamente caratterizzata da una concrezione grigiastrea o biancastrea, che prende una tinta nerastra quando il sangue esalato sotto di essa la pentra. Essa si attacca più o meno fortemente al corpo mucoso, ciò che fa supporre ad alcuni che fosse sottostante all'epitelio. Questa quistione è lungi dall'esser risolta; ma checchè ne sia, è certo che sul cadavere si osserva sempre l'epitelio distrutto e la falsa membrana in contatto immediato coll'aria. La concrezione morbosa è disposta a guisa di piastre irregolari le quali formano da pertutto uno strato a poco presso uniforme, d'una spessezza che varia da 1 o 2 millimetri e più; alcune sono composte di molti foglietti sovrapposti; altre sono talmente sottili, che riflettono il colore della mucosa, e passerebbero inosservate se non si esaminasse attentamente la gola. La mucosa che le segrega è rossa, ecchimosata; qualche volta escoriata, ma mai mortificata nè ulcerata. Esistono però de' punti depressi che simulano delle ulcerazioni; ma ciò appartiene ora al gonfiamento della mucosa intorno alla piastra, ora al grado di aderenza della falsa membrana, che può produrre l'abbassamento, ed il corucamento della parte sulla quale si sviluppa; ciò si osserva specialmente sul velo palatino e sulle tonsille, le quali qualche volta van soggette alla vera atrofia. Nella maggior parte de' casi di morte, la falsa membrana à occupato la laringe e spesso le fosse nasali; i gangli sottomascellari sono sempre aumentati di volume, rossi, rammolliti o friabili, qualche volta suppurati.

I signori Rilliet e Barthez ànno pure descritto una forma di angina pseudo membranosa la quale, sopravvenendo nel corso delle altre malattie gravi, si presenterebbe con caratteri particolari: così, indipendentemente dalle concrezioni difteritiche, la mucosa sarebbe corrosa, ulcerata: Io però non veggio in quest'angina niente di specifico, poichè le false membrane non ànno alcuna tendenza ad estendersi, e non somigliano a quelle che abbiamo osservato nell'angina difteritica ordinaria; finalmente niente prova il carattere contagioso dell'affezione.

Sintomi. — La malattia si manifesta in generale come un'angina ordinaria; il dolore però è meno vivo, la deglutizione meno incomoda e spesso la febbre meno intensa; in alcuni casi però si esserva il contrario. Questo primo periodo è brevissimo, poichè tosto si manifestano sulle tonsille, sul velo palatino, sur i pilastri e sulla faringe, delle concrezioni d'un bianco giallo; molto lucide, irregolarmente circoscritte, la cui formazione è preceduta per qualche tempo dall'aumento di volume dei gangli sotto mascellari, i quali si fanno dolorosissimi; altre volte l'ingorgo ganglionare si sviluppa simultaneamente colle piastre. In alcuni casi rari si son veduti ancora gli orecchioni (S.

Bard e Bourgeoise). Lo stato de' ganglii sta in rapporto col numero e l'estensione delle concrezioni ; queste possono in poche ore ricoprire tutta la dietrobocca , e sono generalmente circonscritte da un cerchio rossastro o violaceo ; sembrano più sottili alla loro circonferenza che al centro , dove sembrano enfiate. Se ne osservano di quelle mezzo ondegianti ; il loro scollamento spesso à luogo da un trasudamento sanguigno che le dà un colorito nero , e contribuisce ad una esalazion della bocca di un odor fetido e nauseante , il quale per molti secoli à dato a credere la esistenza della cangrena. Queste piastre , così distaccate , possono essere sostituite da altre generalmente più bianche e più assottigliate delle prime. La esistenza di queste concrezioni così estese è accompagnata da vivo dolore ; questo però qualche volta continua ad essere poco intenso, ma la deglutizione è costantemente penosa.

Indipendentemente da' sintomi precedenti , se ne osservano altri i quali indicano la propagazione delle false membrane in altre parti che l'occhio non può vedere. Così quando le fosse nasali , specialmente il paviglione sono colpiti dalle concrezioni , i malati anno l'epistassi , ed un stillicidio di siero sanguinolento e fetido dal naso ; quando le vie della respirazione ne sono colpite a suo tempo , si osservano dapprima de' conati di tosse , una respirazione sibilante , un dolore in corrispondenza della laringe e tosto l'afonia ; gli accessi di soffocazione e tutti gli accidenti che caratterizzano il crup. I sintomi generali e sintomatici che allora si manifestano , dinotano una malattia gravissima : quindi la figura esprime l'abbattimento e le sofferenze ; il polso è frequente , piccolo , depresso ; le forze sono prostrate ; vi è costipazione o una diarrea fetida e vomiti biliosi. Finalmente i prodotti d'infiammazione si formano spesso sulle diverse parti del corpo , come nella conca o dietro l'orecchio , alle vicinanze del naso , alle labbra , allo sfintere dell'ano , alla vulva , e su i punti della pelle che antecedentemente sono stati escoriati o ulcerati.

Corso , durata , esiti. — L'angina cotennosa siegue un andamento sempre rapido ; può avere un esito funesto dal terzo o quarto giorno , comunemente però non finisce prima della fine del primo o secondo settenario , e si prolunga spesso sino al ventesimo quinto giorno. La morte è quasi sempre conseguenza della estensione della falsa membrana nella faringe , più raramente d'una pneumonia intercorrente , o dello stato generale grave antecedentemente descritto. Quando la guarigione à luogo , i sintomi generali diminuiscono d'intensione ; nello stesso tempo le piastre si distaccano a guisa di lembi , o pure van soggette ad una specie di rammollimento , ed allora sono espulse da' sforzi di tosse sotto forma d'una vescichetta brunastra e fetida. Il più

delle volte non si riproducono, e se ricompariscono su qualche punto, sono meno compatte e più bianche delle prime. Altre volte le false membrane lungi dal distaccarsi si fanno più aderenti, poi scompaiono a poco a poco, siasi per una specie di logoramento, o per assorbimento. L'ingorgo de' gangli si risolve contemporaneamente allo stato locale; però se l'infiammazione è durato per molto tempo, qualche volta avviene che questi tumori passano alla suppurazione, ed allora costituiscono veri bubboni.

Diagnosi. — La falsa membrana fa sufficientemente distinguere l'angina cotennosa dalla faringea e dalla tonsillite semplice. Abbiamo alcune volte delle piccole concrezioni merabriformi; però esse differiscono da quelle che si manifestano nell'angina cotennosa, in quanto che sono sempre circoscritte, e non hanno alcuna tendenza ad estendersi. Finalmente i gangli sotto mascellari non sono affatto o poco sviluppati. Crediamo superfluo stabilire la diagnosi differenziale dell'angina cotennosa con l'angina detta di Fothergill, o mal di gola di Huxham, perchè queste due affezioni mi sembrano identiche; solamente l'angina di Fothergill o di Huxham raramente sembra propagarsi alla laringe, e coincideva forse sempre colla eruzione scarlattinosa anomala. Però l'angina con secrezion morbosa nella faringe che spessissimo si osserva in certe scarlattine, e che abbiamo chiamata *pultacea*, è molto differente dall'angina pseudo-membranosa. Nella prima, il trasudamento bianco caseiforme esiste quasi senza essere aderente, lo si separa simile ad una materia polposa dalla superficie della mucosa, la quale è d'un rosso trambosso. La concrezione disteritica differisce da questa in quanto che è grigiastrea, aderente, e tende molto a propagarsi nelle vie respiratorie, mentre la precedente si estende raramente al di là della dietro gola. Faremo in seguito conoscere, quando tratteremo della *Cangrena*, il modo di distinguere l'angina disteritica dalla cangrena della faringe. Per la faringite ulcerosa, come quella che nasce sotto la influenza d'una causa specifica, siccome la sifilide, si conosce al detritus giallastro e fetido che si separa dalla superficie del tessuto ammalato, e che lascia poi una manifesta soluzione di continuo, circoscritta da bordi duri, protuberanti; mentre nell'angina cotennosa la caduta de' lembi non lascia alcuna perdita di sostanza della mucosa.

Pronostico. — L'angina cotennosa è malattia gravissima, particolarmente quando è epidemica. La prostrazione delle forze, ed i segni che indicano che la malattia è molto estesa nelle vie aeree sono del più tristo augurio, ed annunziano una prossima morte. La malattia è tanto più grave in quanto che l'individuo è più giovane.

Etiologia. — L'angina cotennosa assale tutte le età, ma specialmente l'infanzia; le donne sembrano più soggette degli uomini. Un temperamento linfatico ed una costituzione debola sono cause predisponenti. Comune in tutti i paesi, di tempo in tempo vi regna in modo epidemico. È più frequente nelle stagioni umide e ne' luoghi bassi e poco ariosi; queste ultime condizioni spiegano qualche volta lo svolgimento in apparenza spontanea dalla malattia ne' conventi, ne' pensionati, dove assale ordinariamente molti individui nello stesso tempo. Non bisogna però sempre spiegare la propagazione della malattia ad un gran numero di persone per la infezione de' luoghi, ma anche per lo effetto contagioso che propaga la malattia da persona a persona. Numerose osservazioni raccolte da molti medici lo hanno provato, tra i quali citeremo specialmente i signori Bretonneau, Ribes, Trousseau, Bourgeoise, Guersant, Colineau ec. Il contagio è specialmente attivo in tempo di epidemia.

Cura. — I rivellenti cutanei, i purganti, le bevande dolci, i gargarismi, e le emissioni sanguigne, siccome li abbiamo raccomandati nell'angina semplice, nella forma cotennosa sono soltanto mezzi coadiuvanti e di dubbia efficacia. Il salasso però è utilissimo, e si deve praticare tutte le volte e quando la reazion febbrile è viva e lo stato del polso lo permette; bisogna però procedere sempre con prudenza, in ragione de' sintomi adinamici che sopravvengono ad un periodo anche poco avanzato della malattia, forse per ciò bisognerebbe astenersi dal salasso generale e preferire i salassi locali. Gli emeto-catartici sono più spesso indicati, forse perchè sono utili e per il loro effetto rivulsivo, e perchè provocano l'uscita delle false membrane. Per impedire però che queste si estendino, bisogna modificare lo stato delle superficie mediante la cauterizzazione. Questa si praticherà con una soluzione di nitrato di argento, o pure coll'acido idroclorico puro o misto ad un terzo o ad un quarto di miele rosato. La cauterizzazione si può anche operare col lapis di nitrato di argento fissato fortemente, o pure potrà soffiarsi dell'allume polverizzato. Queste cauterizzazioni e queste applicazioni saranno più o meno frequenti secondo la maggiore o minor tendenza che la malattia ha di estendersi. Dopo ciascuna di esse e nel loro intervallo si farà gargarizzare ai malati de' liquidi mucilagginosi o leggermente detersivi, per diminuire l'infiammazione della parte. In questi momenti spesso convengono l'emeto-catartici. Se la malattia si accompagna ad accidenti tifoidei, con prostrazione e tendenza alle emorragie, si sosterranno le forze mediante i tonici, tra i quali la china-china occupa il primo posto. Se le false membrane esalano un odor fetido, e se sopravviene la cangrena, come il signor Bretonneau ne riporta un esempio, si toccheranno le parti con un

miscuglio di decozione di china-china, miele rosato e cloruro di calce.

Natura. — L'angina cotennosa deve esser considerata come una infiammazione *specificca*. La natura della concrezione, la sua rapida estensione, la riproduzione dopo esser distaccata, la sua manifestazione sulle diverse superficie lontane le une dalle altre, finalmente l'andamento degli accidenti ed il carattere contagioso chiaramente lo dimostrano.

DELL'ESOFAGITE O INFIAMMAZIONE DELL'ESOFAGO

L'infiammazione dell'esofago, accennata da Fernel, e forse prima di questo celebre medico, non è stata convenevolmente descritta che dopo circa diciassette anni, epoca in cui un osservatore, degno di esser compianto, il dottor Mondière, inserì negli *Archives de Médecine* un lavoro d'un grande interesse.

Caratteri anatomici. — La infiammazione produce nell'esofago delle alterazioni affatto identiche a quelle che abbiamo osservate nella bocca e nella faringe. Così esiste una esofagite *semplice*, caratterizzata da roschezza, spessimento, rammollimento, ulcerazione della membrana mucosa. Altre volte i follicoli s'infiammano isolatamente (*afte*), o pure l'infiammazione è specialmente caratterizzata da una esalazion morbosa come quella del muco (*esofagite cremosa*), o dalla difterite (*esofagite pseudo-membranosa*). In questi casi, le lesioni dell'esofago sono quasi sempre consecutive a quelle della bocca e della faringe. Finalmente la flemmasia può occupare il tessuto cellulare sotto mucoso il quale passa all'induramento ed alla suppurazione. A questa forma di malattia si potrebbe dare il nome di *flemmonosa*.

L'esofagite può esistere anche nello stato cronico; ma sotto questo nome anno spesso confuso delle lesioni organiche diverse tra loro; quindi torna impossibile nello stato attuale della scienza, di dare i suoi caratteri anatomici e di precisare i sintomi che possono distinguerla.

Sintomi, corso, esiti. — L'istoria sintomatica della esofagite acuta è ancora molto incompleta; ecco però quali sono, secondo la maggior parte degli autori, i principali fenomeni che possono servir di norma a farla conoscere.

I malati accusano costantemente un dolore più o meno vivo, che si rapporta alla parte inferiore della faringe, qualche volta all'epigastrio, o pure in mezzo al dorso, tra le due spalle; qualche altra volta sembra occupare tutta la lunghezza dell'esofago. La sede del dolore non indica sempre quella della lesione. Questo dolore, più o meno vivo, aumenta con la deglutizione, e può divenire intollerabile quando gli alimenti e le bevande sono in contatto colla parte slogosata. Spesso allora

l'esofago si corruga su di essi, e dopo alcuni sforzi di vomito, o piuttosto di rigurgito, queste sostanze sono respinte dalla bocca e dalle narici. Per lo stesso meccanismo la maggior parte de' malati espellono una certa quantità di materie o di false membrane segregate dalle superficie infiammate. La infiammazione avendo per effetto di diminuire notabilmente il calibro dell'esofago, ne nasce che gli alimenti subiscono a questo livello un momento di arresto che i malati avvertono. Se il restringimento è considerabile, gli alimenti finiscono per non poterlo oltrepassare; si accumulano al di sopra di questo punto, e sono rigettati dopo essere stati inghiottiti. Tutti questi accidenti sono estremamente rari nella esofagite acuta; si osservano soltanto nella forma cronica, e molto più ne' costringimenti organici. Alcuni malati colpiti da esofagite anno anche accusato la sensazione d'una palla, la quale risalendo dall'epigastrio si fermava al livello della faringe; altri in maggior numero sono tormentati da singhiozzi. In simili casi anno detto di aver osservato la idrofobia; cade però dubbio a questo riguardo. Checchè ne sia, è raro notare nella esofagite de' sintomi di reazione un poco viva.

Questa malattia sembra terminare sempre colla risoluzione, raramente colla suppurazione, quasi mai colla gangrena, finalmente qualche volta colla ulcerazione o coll'induramento; si dice che allora la malattia è passata allo stato cronico. Quando un ascesso si forma nell'esofago, il pus viene evacuato dalla bocca o pure piomba nello stomaco, e si mischia alle materie che vi si contengono, ed è intrattenuto nelle escrezioni ventrali. I sintomi che possono indicare una ulcerazione dell'esofago sono ancora incertissimi. Anno indicato come tali un dolore più o meno vivo nella esofagite acuta, accompagnato qualche volta da disfagia e da rigurgiti di materie sanguinolenti. Ma questi accidenti, comuni a molte malattie dello esofago, sono insufficienti, secondo noi, per poter indicare l'esistenza d'una ulcerazione, e specialmente per illuminarci sulla sua natura.

Diagnosi. — Un dolore più o meno vivo nel tragitto dell'esofago, il quale si aumenta col passaggio degli alimenti o delle bevande; la difficoltà ed anche l'impossibilità alle quali van soggetti per arrivar sullo stomaco, l'uscita delle false membrane dietro i rigurgiti o i vomiti, e specialmente de' cibi poco alterati subito dopo essere stati introdotti nello stomaco, sono tali circostanze da far credere una infiammazione dell'esofago. Raramente però la malattia si conosce per mezzo di questi sintomi così specchiati; quindi l'esofagite presenta quasi sempre una diagnosi oscura. Le malattie della laringe e della trachea potrebbero, pel dolore che la deglutizione determina, far credere la esistenza d'una esofagite; in questa però la respirazio-

ne è libera, vi è poca fosse, nessuna sensazione di solletico, e la deglutizione spesso impedita produce dolore quasi sempre vivissimo, mentre nell'alterazione delle vie aeree, vi è piuttosto una specie d'incomodo anzichè un vero dolore. Bisogna finalmente sapere che in quelli affetti da reuma o da nervosi, specialmente in certe isteriche, spesso si manifesta la disfagia, la quale però presenta delle intermittenze, finisce il più delle volte improvvisamente dopo i primi sforzi, ed il malato non accusa alcun dolore nell'intervallo del pranzo.

Pronostico. — Il pronostico è soltanto grave quando l'esofagite è generale, o quando è flemmonosa e produce un restringimento considerabile del condotto, o quando la malattia termina colla suppurazione o coll'induramento.

Etiologia. — L'esofagite riconosce sempre delle cause dirette, come l'introduzione delle sostanze irritanti, corrosive, bollenti o ghiacciate, i corpi estranei con superficie ineguale. Finalmente il più delle volte la malattia è l'effetto della propagazione della infiammazione della mucosa della faringe, ed allora riveste la stessa forma anatomica di quest'ultima.

Cura. — Se l'esofagite è poca intensa, la cura deve consistere nell'uso delle bevande dolci mucilagginose, e nell'astinenza de' solidi. Si prescriveranno alcuni bagni tiepidi, si stabilirà un centro di contro irritazione sulle estremità mediante i piediuvi sinapati, e con i clisteri purgativi. Nella maggior parte de' casi conviene cavar sangue. La febbre è raramente tanto intensa per richiedere il salasso generale; ma le sanguisughe o meglio le coppe a vento saranno applicate utilmente sul tragitto dello esofago, specialmente sul punto del dolore. In simili casi gli antichi preferivano l'apertura delle vene ranine. Poi prescrivevano i rivellenti energici, cioè sinapismi, frizioni ammoniacali, ed i veseicanti lungo la colonna vertebrale o alla parte inferiore del collo. Questi ultimi mezzi saranno specialmente indicati quando la flemmasia è passata allo stato cronico. In questo caso converrà l'uso de' rivellenti anche più energici, come i cauteri, la moxa ec.

DELLA GASTRITE ACUTA

S' intende per gastrite la infiammazione acuta o cronica dello stomaco.

Storia e frequenza. — La gastrite è una malattia la quale è stata indicata sin da' primi momenti della medicina; fu considerata siccome più o meno frequente, secondo la parte più o meno attiva che le teorie fisiologiche faceano dipendere dallo stomaco; in nessun luogo però nè in alcuni tempi anno tanto esagerato la frequenza della gastrite quanto in Francia sotto l'e-

fimero impero della dottrina fisiologica. Si vide allora questa malattia dominare tutta la patologia, poichè non solo tutte le affezioni dello stomaco si faceano dipendere da questa, ma si pretendeva in oltre che dalla infiammazione di quest'organo emergevano tutte le altre malattie. In una parola, si ligavano allora ad un lavoro infiammatorio della mucosa dello stomaco tutte le alterazioni di circolazione, di segrezione, di nutrizione, d'innervazione di cui lo stomaco poteva essere la sede, ed anche gli effetti simpatici numerosissimi che si osservano per parte delle vie digestive in quasi tutte le malattie. Però una osservazione rigorosa à da lunga pezza giustificato queste idee, ed à in oltre dimostrato che questa gastrite acuta o cronica, lungi di essere tanto comune come lo si volea far credere, era invece una delle malattie più rare del quadro nosologico, una di quelle in fine che presentano maggiore difficoltà per poterne descrivere la istoria. Quindi potrà recare poca sorpresa che i lavori usciti dalla scuola di Broussais non recano alcuna utilità per lo studio che siamo per fare, poichè la parola gastrite è stata, nel linguaggio di questi sistematici, soltanto una di quelle espressioni vaghe, indefinite, sotto la quale anno confuso le malattie più dissimili. In fatti troveremo ne' scritti de' signori Louis, Cruveilhier e Andral le nozioni più esatte sulla gastrite, considerata sotto il punto di vista anatomico. Ma, lo ripeto, nello stato attuale della scienza, l'infiammazione dello stomaco, come affezione spontanea, è eccessivamente rara, in modo che non si è potuto dare una storia soddisfacente.

Divisioni. — La gastrite si divide, pel suo andamento, in *acuta o cronica*; per la sua estensione, in *generale o parziale*. Finalmente, per le sue cause, si distingue sempre quella che è *spontanea* da quella che è *tossica*, cioè quella che risulta dalla introduzione d'un veleno. Quest'ultima sarà studiata quando parleremo delle cause che la producono (vedi *avvelenamenti*).

Caratteri anatomici della gastrite acuta. — Nella gastrite acuta in generale, si osserva comunemente una diminuzione più o meno considerabile nella capacità dello stomaco. La membrana interna di questo viscere offre un colorito che varia dal rosso chiaro sino al bruno carico, il quale è prodotto da un inietramento ora uniforme, ora disposto a guisa di arborizzazioni, di piastre, o di punti finissimi; alcune volte il sangue stravasato tra le tuniche forma delle piccole ecchimosi. Però questi diversi colori anche quando resistono ad una macerazione prolungata, non saprebbero in alcun caso caratterizzare per se sole un lavoro infiammatorio, essendo provato che diverse cause, come un ostacolo meccanico alla circolazione, il travaglio della digestione, l'astinenza, ed anche il semplice contatto dell'aria

atmosfera, come pure le leggi di gravità, possono produrre lo stesso effetto. Bisogna dunque concludere che per determinare con certezza sul cadavere l'esistenza d'una gastrite, è necessario che la membrana mucosa abbia subito certe modifiche nella sua nutrizione. Quindi nella gastrite la mucosa si trova ingrossata o assottigliata, sempre più friabile, e spesso affatto rammollita. Questo rammollimento varia dalla semplice diminuzione di consistenza sino allo stato in cui la mucosa si porta via sotto forma di pappa rossastra. I rammollimenti rossi sono i soli i quali ragionevolmente possono riportarsi alla infiammazione; forse possono rannodare alla stessa origine quei rammollimenti *scolorati*, ma circondati in tutti i punti da un vivo inietramento. In quanto ai rammollimenti polposi, gelatiniformi, ed assolutamente scolorati, i quali sopravvengono in moltissime circostanze, crediamo che non potrebbero caratterizzare una gastrite, e li descriveremo in seguito come quelli che costituiscono un' affezione distinta. In fine, tutto porta a credere che i rammollimenti della mucosa gastro-intestinale, i quali, dietro le belle ricerche del signor Louis, sopravvengono sì frequentemente in seguito di tutti i stati febbrili un poco prolungati, non riconoscono affatto per causa immediata un lavoro infiammatorio (1).

Le ulcerazioni sono un esito rarissimo della gastrite acuta; quando esistono, sono generalmente piccole e poco numerose. Esse assalgono generalmente la mucosa istessa, qualche volta interessano soltanto l'apparato follicolare. Billard à avuto l'occasione di osservarlo spessissimo ne' ragazzi molto giovani. Per terminare diremo che nella gastrite la secrezione della membrana mucosa è modificata; così le parti flogosate si trovano tappezzate da un muco consistente, albuminoso, spesso rossastro. Altre volte esistono delle concrezioni simili alla crema, siccome si osserva nel muco, o delle pseudo-membrane, come nella dif-

(1) Per bene apprezzare le lesioni cadaveriche, bisogna sapere che la mucosa dello stomaco non offre in tutti i punti nè la stessa consistenza nè la stessa spessorezza. Si giudicherà della consistenza della membrana per la lunghezza de' lembi che presenterà. Così quando dopo averla incisa collo scalpello, la si prende col dito o colla pinzetta, in modo a distaccarla, si avranno de' lembi di 3 a 6 centimetri di lunghezza sopra la piccola curvatura, di 1 centimetro $1/2$ a 3 centimetri sulla grande; saranno di $1/2$ centimetro alla regione del piloro, e di 2 a 9 alla regione splenica. Il signor Louis il quale à fissato le misure precedenti, à pure valutato in modo rigoroso la spessorezza della mucosa ne' diversi punti dello stomaco. Così à trovato che lungo la grande curvatura, la mucosa presenta una spessorezza di $3/4$ ad 1 millimetro; di $1/3$ a $3/4$ lungo la piccola curvatura; di $1/4$ a $3/4$ soltanto nel gran cul di sacco. Il *maximum* della spessorezza della mucosa sta nella regione pilorica. Pensiamo che in questo punto essa è di 1 millimetro ad 1 millimetro e $1/2$.

terite; ma raramente queste si estendono dalla gola sino allo stomaco. Quasi sempre però queste false membrane sono consequenti della gastrite che à luogo per effetto dell'avvelenamento degli acidi concentrati. Nella infiammazione dello stomaco, il tessuto cellulare sottostante alla mucosa è qualche volta infiltrato di siero e di pus; questo si trova anche riunito in un follicolo; in questo caso però, d'altronde rarissimo, l'ascesso offre sempre un piccolissimo volume.

Tali sono le alterazioni proprie della gastrite acuta spontanea. Esistono ancora alcune altre lesioni di natura infiammatoria; ma siccome si osservano soltanto dopo l'azione di certi veleni, ne riserbiamo l'esame all'articolo *Avvelenamenti*.

Sintomi, corso. — La gastrite invade bruscamente, o preceduta da prodromi ordinari delle altre malattie acute. Quando l'affezione è ben caratterizzata, i malati accusano alcune volte un dolore ottuso, ma ordinariamente vivo, lancinante, che à sede nel cavo epigastrico, aumentandosi sempre colla pressione, con i movimenti del tronco ed anche colla introduzione dei liquidi. Vi è inappetenza incompleta; i malati sono tormentati da sete ardente; la lingua è coverta da un intonaco bianco o giallo; qualche volta, dicono essere attaccata, secca e rossa all'apice ed ai bordi. Esistono nausee, vomiti difficili e dolorosi; questi sono spontanei, ma l'introduzione della più dolce bevanda basta per provarli. Essi sono formati da materie acquose, biliose, giallastre e qualche volta sanguinolenti. Nello stesso tempo il calore del corpo aumenta, il polso si fa celere, la cefalalgia si manifesta, la veglia, la dispnea, una respirazione ondata accompagnata da poca tosse e da una grande ansietà. Questi ultimi sintomi non esistono affatto se non che ne' casi in cui la gastrite si accompagna da vivo dolore.

La descrizione precedente si riporta alla gastrite intensa, la quale non dipende dall'avvelenamento prodotto da sostanze irritanti. Però nella maggior parte de' casi, la malattia non presenta la stessa intensione. Quindi il più delle volte il dolore è solamente ottuso, la sete è meno viva, l'appetito non è completamente perduto, i malati possono prendere ancora qualche alimento, il quale però difficilmente è digerito. Quasi sempre queste sostanze risvegliano dolori più o meno vivi, e finiscono coll'esser vomitati, dopo aver provocato de' rutti nidorosi: questa è la gastrite *subacuta, leggiera, o eritematosa* degli autori.

Siccome abbiain veduto, nella gastrite che non dipende da una causa tossica, i sintomi possono avere una certa intensione; ma però non si osservano questi terribili accidenti adinamici ed atassici, di delirio e di coma, i quali secondo gli autori della dottrina fisiologica, accompagnerebbero frequentemente la gastrite intensa o perperacuta, specialmente quella che chia-

masi *flemmanosa*, in ragione della propagazione della flemmasia al tessuto cellulare sottostante. Quest'ultima forma della malattia è talmente rara che appena se ne osservano alcuni casi nel corso della pratica più lunga e più occupata.

Esiti. — La gastrite à quasi sempre un esito felice. La risoluzione è l'esito più ordinario. Quando questa à luogo, i sintomi diclinano e si diminuiscono a poco a poco: nonostante dopo essere completamente cessati, lo stomaco conserva ancora per lungo tempo una grande suscettibilità; le digestioni sono dolorose e difficili. Alcune volte lo stomaco riprende definitivamente le sue funzioni dopo molte recrudescenze dello stato acuto; così si vede spesso che il mal'essere prolungandosi indefinitamente, la gastrite passa allo stato cronico. La malattia finisce colla morte soltanto quando la flemmasia à prodotto il rammollimento o la distruzione d'una gran porzione della mucosa dello stomaco, ed apporta così un ostacolo alla nutrizione. Si concepisse pure che la morte può dipendere da una peritonite perperacuta, in seguito del perforamento dello stomaco; ma questa lesione non è mai l'effetto d'una gastrite acuta semplice; essa à luogo più comunemente in seguito di una gastrite per cause di veleno. Lo stesso si dirà della cangrena, la quale riconosce sempre una causa specifica (pustola maligna, veleno caustico, ec.).

Durata. — La durata della gastrite è variabile; per poco che essa sia intensa, raramente la guarigione à luogo prima della fine del secondo settenario; spesso la convalescenza si prolunga per un tempo indeterminato e molto lungo.

Diagnosi. — La gastrite acuta deve specialmente distinguersi dal rammollimento atonico dello stomaco, dall'imbarazzo gastrico, dalla gastralgia, da vomiti nervosi, dalla epatite, dalla peritonite, dalle coliche epatiche e nefritiche, ec., la diagnosi differenziale verrà da me stabilita quando tratterò particolarmente ciascuna di queste malattie. In riassunto però i caratteri distintivi della gastrite si riducono alla esistenza di un dolor vivo all'epigastrio, il quale si aumenta sotto la pressione ed è accompagnato da sete intensa, da nausea, da vomiti e dalla intolleranza degli alimenti e delle bevande. La roschezza della lingua è un fenomeno eccezionale, il quale per se stesso non à alcun valore. Studiando così lo stato locale e paragonandolo agli altri sintomi, non si confonderanno colla gastrite acuta i disturbi dello stomaco i quali sono simpatici. Nel vaiolo, per esempio, abbiamo osservato che nello sviluppo spesso esistevano nausea, vomiti ed una viva sensibilità all'epigastrio; ma gli altri sintomi, come la lombaggine, la febbre intensa, lo stato di ansietà, l'estrema oppressione, spesso il delirio, fenomeni i quali non si osservano affatto nella gastrite spontanea, non daranno luogo mai ad alcun dubbio.

Pronostico. — La gastrite spontanea generalmente è malattia poco grave nell'adulto, mentre non è così nei ragazzi.

Cause. — Regna ancora la più grande incertezza sulle cause della gastrite acuta. Tutto ciò che si è detto della influenza del sesso, dell'età, de' climi caldi, degli alimenti, degli eccessi alcoolici, de' disturbi morali, ec. siccome cause le quali favoriscono la manifestazione della malattia, non ancora è stato dimostrato. In alcuni casi l'infiammazione dello stomaco; à avuto luogo dietro una causa traumatica, come una piaga un colpo sull'epigastrio, l'introduzione d'un corpo estraneo, o delle sostanze irritanti e corrosive.

Cura. — Quando la gastrite è intensa, bisognerà praticare uno o molti salassi; quasi sempre basterà applicare un gran numero di sanguisughe all'epigastrio, e coprire nello stesso tempo questa parte con cataplasmi emollienti. I malati saranno immersi ne' bagni tiepidi e prolungati; faranno uso delle bevande dolci mucilagginose, acidole prese epicriticamente; si amministreranno tiepide, o fresche ed anche fredde se non si possono moderare i vomiti. Bisognerebbe sollecitare la prescrizione di una piccola quantità di oppio, se i dolori saranno troppo vivi, o se i malati saranno tormentati da veglie. Gli alimenti non saranno prescritti se non quando tutti gli accidenti acuti saranno stati calmati. Si comincerà sempre colle sostanze dolci, come il latte, il brodo di pollo, ec., poi si aumenterà in ragion diretta della tolleranza dello stomaco e delle forze digestive. Alcune volte queste sono indolenti; bisogna allora rianimarle coll'uso delle acque gassose, delle bevande amare, e de' rivellenti cutanei, come i vescicanti, le pomate stibiate sull'epigastrio, ec: (Vedi come compimento, l'articolo *Rammollimento dello stomaco*, nel tom. II°).

DELLA GASTRITE CRONICA

Caratteri anatomici. — Come la gastrite acuta, la cronica è caratterizzata da cambiamenti nel colorito e nella nutrizione della membrana mucosa; si osservano ancora de' cambiamenti nell'ampiezza e nella forma del viscere. Questo può anche contrarsi su di se stesso, quando la malattia si è prolungata, in modo che qualche volta eguaglia a pena il volume dell'intestino crasso. Nella gastrite cronica la membrana mucosa raramente è rossa, anzi la più delle volte è grigiastrea, color di lavagna o bruna. Questi coloriti sono uniformi, o disposti a guisa di zone, di piastre, più raramente a guisa di punti ec., ma qualunque possa essere la loro distribuzione, e qualunque sia il vario colore della tinta, non si potrà mai, con questo solo

carattere, stabilire la esistenza della gastrite cronica, perchè questi coloriti si osservano spesso in quelli i quali non presentano alcun disturbo per parte delle funzioni digestive. Dalle ricerche poi del Signor Louis risulta che i diversi coloriti della membrana mucosa indicano meno una flemmasia *attuale*, anzichè l'esistenza di una infiammazione *antica*. Nella gastrite cronica oltre a queste alterazioni nel colorito, si osserva la membrana mucosa spessita, più consistente, o rammollita, e questo rammollimento del tessuto coesiste coll'assottigliamento. D'altronde, la spessezza, l'atrofia o la ipertrofia della mucosa non possono mai caratterizzare l'infiammazione; perchè queste lesioni possono sopravvenire sotto l'influenza d'una semplice alterazione della nutrizione sconosciuta nella sua essenza, ma che niente dimostra avere il suo punto di partenza in un lavoro infiammatorio. Lo stesso si dica de' tessuti sottostanti alla mucosa, e specialmente alla tunica cellulosa e muscolare, le quali sono state osservate alcune volte ipertrofiate isolatamente o simultaneamente alla membrana mucosa, ed in una estensione più o meno considerabile. Senza disputare che la gastrite cronica possa produrre un simile effetto, non bisognerà però tosto conchiudere della esistenza d'una flemmasia, quando si osserva una simile alterazione, e quando essa sola esiste come elemento della diagnosi.

Esiste un'altra varietà d'ipertrofia della membrana mucosa conosciuta sotto il nome di *stato papillato*, lesione ben descritta per la prima volta dal Signor Louis, e che egli considera come un risultato della infiammazione. Ne' punti in cui questa alterazione esiste, la membrana mucosa presenta un gran numero di protuberanze più o meno rotonde, del diametro di 5 a 7 millimetri, molto simili a' bottoni carnosì delle piaghe suppurate, ma più scolorate di questi, e separati gli uni dagli altri da solchi stretti, ne' quali la mucosa è leggermente assottigliata. Questa lesione, per lo più parziale, occupa specialmente la region pilorica e la parte vicina alla gran curvatura. Credo che la sua natura non sia ancora ben stabilita. Non è possibile che possa svilupparsi esclusivamente dietro un lavoro infiammatorio; ma così essendo, bisogna riconoscere la preesistenza della lesione molto tempo dopo che la flemmasia è completamente spenta. In fatti ci è dato osservare tutti i giorni dei cadaveri ne' quali questo stato papillare esiste al massimo grado, quantunque durante la vita mai si sia osservato alcun disturbo manifesto per parte dello stomaco. Conchiudo dunque che lo stato papillare coesistendo col colorito di lavagna, non saprebbe caratterizzare sicuramente una gastrite cronica recente; queste due alterazioni però sono l'indizio o la traccia d'un lavoro patologico anteriore. Indipendentemente dallo stato a forma di papille, la mucosa dello stomaco può presentare diverse

protuberanze o vegetazioni a larga base, o peduncolate, affatto friabili come le vegetazioni carnose, e nelle quali si riconosce la tessitura propria della mucosa ipertrofiata o addivenuta fungosa; allora è l'apparato follicolare il quale più sviluppato del solito, forma de' piccoli tumori arrotondati e biancastri. Questi diversi stati, che si osservano frequentemente negli stomachi sani, mi sembrano affatto indipendenti dalla infiammazione.

Le ulcerazioni dello stomaco, le quali non sono nè cangrenose nè tubercolose sono rarissime in Francia; mentre, secondo il Signor Rokitanski, si osservano frequentemente a Vienna. Ordinariamente hanno una origine infiammatoria; rarissimamente sono la conseguenza d'una gastrite acuta, ma caratterizzano piuttosto la forma della flemmasia cronica. Queste soluzioni di continuo si osservano specialmente verso le due curvature e più particolarmente vicino alla piccola; esse hanno sede quasi sempre nella metà pilorica dello stomaco. Queste ulcere, perfettamente studiate a' giorni nostri da' signori professori Cruveilhier (*Revue médicale* da 1838) e Rokitanski (*Extr. dans Archives* de 1840) hanno la maggior parte de' bordi duri e protuberanti; il loro fondo è grigiastro, ma non hanno nè l'aspetto nè la tessitura delle ulcere carcinomatose; altre hanno una superficie eguale, i bordi levigati depressi, ora aderenti, ora distaccati. Il loro diametro è variabilissimo; ve ne sono di quelle che hanno una estensione della moneta di 1 a 2 franchi; altre sono larghe quanto una moneta da 5 franchi, e se ne veggono finalmente di quelle che hanno una superficie doppia ed anche tripla. La maggior parte sono circolari o ellittiche; ma le più vaste hanno de' contorni irregolari. Accade pur anche lo stesso quando due o tre ulcere convergendo tra esse finiscono col riunirsi. Le ulcerazioni delle quali è parola possono colpire soltanto la mucosa mentre i strati sottostanti sono ipertrofici; altre volte poi, il travaglio ulceroso le invade tutte sino al peritoneo, ed à luogo il perforamento. Quando il lavoro distruggitore à incontrato e colpito un'arteria di grosso calibro, si osserva qualche volta lo stomaco disteso per effetto d'un enorme grumo di sangue nero che si è attaccato sulla superficie interna, e nel fondo dell'ulcera si distingue l'orificio del vaso lacerato che geme sangue.

Quando vi è perforazione, lo stomaco può largamente comunicare col peritoneo; altre volte l'apertura morbosa è otturata da' visceri vicini, i quali avendo contratto un'intima aderenza con i bordi impediscono così che le materie si espandino nel ventre. Il fegato, il pancreas, il celon, il diaframma, sono gli organi i quali il più delle volte han servito per otturare l'apertura morbosa; allora forse può succedere che il lavoro distruggitore continuando, questi ne sono attaccati. Ne nascono allora enormi disordini; ciò si osserva però più raramente nel-

le ulcere semplici dell'e quali parliamo, anzichè in quelle carcinomatoze (Vedi t.^o II.^o *Cancro dello Stomaco*).

Generalmente, esiste soltanto una sola ulcerazione, siccome il Signor Rokitanski à notato, per esempio, 62 volte sopra 79. Però spesso ne esistono molte; se ne sono contate sino a cinque, sei ed anche più. Queste soluzioni di continuo ànno luogo probabilmente per effetto dello stesso meccanismo delle ulcere spontanee della maggior parte delle mucose, mentre niente prova l'esattezza d'una opinione del Signor Rokitanski, il quale le considera siccome consecutive d'un rammollimento o d'un escara.

Le ulcere dello stomaco possono cicatrizzarsi. Se la perdita di sostanza è poco considerabile, la cicatrice sarà distinta da una semplice depressione levigata o biancastra, e se la morte à luogo un poco più tardi, questo tessuto di novella formazione si metterà al livello colle parti vicine senza poterne esser distinto. Se poi lo stomaco à sofferto una larga soluzione di continuo, si formerà allora una cicatrice ineguale, rugosa, irregolare, fibrosa in alcuni punti, i cui elementi sono dati dalle tuniche intestinali rimaste, ed in caso di perforazione dall'organo o dagli organi che servono di otturatori. In queste condizioni, lo stomaco à sempre subito un cambiamento nella sua forma; è più o meno agrinzito trasversalmente. Il piloro può essere coartato; altre volte è il mezzo dello stomaco che si trova ristretto sotto forma di anello. Le cicatrici di cui è parola possono consecutivamente esse stesse addivenire il punto di partenza di diverse trasformazioni organiche; altre volte si lacerano in uno sforzo mediante una pressione brusca esercitata sul ventre, o quando lo stomaco è stato assoggettato ad un distendimento troppo considerabile.

Sintomi, corso. — L'inflammazione cronica dello stomaco è quasi sempre primitiva; raramente succede allo stato acuto. Nel primo caso, le digestioni cominciano ad essere stentate; esse sono accompagnate da mal'essere, da dolori epigastrici e da cefalalgia; vi sono rutti acidi e spesso vomiti. Questi accidenti diminuiscono o finiscono quando i malati si assoggettano ad un severo regime, quando si astengono da certi alimenti. Però la difficoltà delle digestioni si rende permanente; nella maggior parte degli individui esiste un dolore epigastrico, ora debole, compressivo, altre volte forte e lancinante, diffuso, o circoscritto in un grande spazio, qualche volta si propaga sino al dorso o alla base del torace. Comunemente si aggrava dopo l'introduzione degli alimenti e delle bevande stimolanti; alcune volte, se lo stomaco è vuoto, si risveglia soltanto mediante la pressione esterna o durante la digestione, qualunque siasi d'altronde la natura delle sostanze ingoiate. Allora il dolore fatto più vivo, e presentando i caratteri d'un *crampo*, si

accompagna ad un senso di angoscia delle più tormentose, e non cessa spesso se non quando i malati hanno vomitato. L'appetito è variabilissimo; raramente si conserva o si estingue assolutamente, ma quasi sempre diminuisce sensibilmente. Nella gastrite cronica non si osserva forse mai la pica o la bolimia, le quali sono al contrario de' sintomi comuni nelle nevrosi dello stomaco. La sete il più delle volte è negativa o poco viva, eccettuato durante la digestione. I vomiti che si osservano nella gastrite cronica, non si osservano quasi mai a stomaco digiuno, ma soltanto durante la digestione; sono formati da liquidi acri, scottanti, amari, da alimenti più o meno digeriti, e qualche volta dal sangue puro espulso in grande quantità, o pure alterato, e simile alla fuliggine o alla posa di caffè. Questi ultimi vomiti però che chiamansi *melanotici* sono talmente rari nella gastrite cronica, anche quando è ulcerosa, che osservandosi, indicano quasi sempre una lesione cancerigna dello stomaco, della quale sono uno de' caratteri più costanti e più certi. Non così però succede de' vomiti di sangue puro, ripetendosi spesso a certi intervalli, e che in fatti sono un accidente molto raro nella gastrite semplice siccome sono frequenti nella gastrite ulcerosa. Indipendentemente da queste materie liquide molti malati espellono de' gas senza odore o fetidi come l'idrogeno solforato. Tra questi individui gli uni non sentono alcun sapore, altri hanno sempre un gusto amaro, acido o scottante nella bocca. La lingua è quasi sempre naturale, e raramente si osserva quella rossezza dell'apice e de' bordi, e lo svolgimento delle papille, che alcuni autori hanno contraddistinto come un sintomo quasi costante della malattia. Finalmente esiste quasi sempre una costipazione ostinata, o pure delle alternative di diarrea e di costipazione. Le funzioni però dello stomaco non possono rimaner per lungo tempo pervertite senza che la nutrizione non soffra notabilmente; quindi quasi tutti i malati si fanno pallidi e magri. Per lo più non hanno febbre; ma in molti si osserva durante il difficile e penoso travaglio della digestione, acceleramento del polso, calore della pelle sete ed un mal'essere; finalmente alcuni presentano tutti i sintomi della febbre e tica e muoiono nel marasmo.

Durata, esito. — La gastrite cronica dura molto tempo, raramente meno di tre mesi, spesso si prolunga per anni interi. Guarisce il più delle volte dopo aver presentato numerose esacerbazioni; altre volte porta un esito funesto. Raramente però la gastrite è per se sola la causa di morte; questa si spiega per effetto di qualche malattia intercorrente o per qualche accidente della gastrite istessa, come una ematemesi, una perforazione. Se quest'ultima non è chiusa da qualche organo vicino, produce tosto una peritonite perperacuta. Oggi è dimostrato che

il cancro dello stomaco non è nè una varietà, nè un effetto della gastrite; però in alcuni individui predisposti, un cancro può svilupparsi nello stomaco in seguito d'una infiammazione, nella stessa guisa come osservasi un cancro della mamella succedere dietro una flemmasia traumatica di quest'organo. D'altronde esistono nella scienza alcuni fatti i quali dimostrano, che un cancro à invaso le pareti dello stomaco in seguito d'una violenta flemmasia sviluppata dalla introduzione in quest'organo d'una certa quantità di acido solforico o nitrico. In simil caso la infiammazione rappresenta una causa determinante ordinaria la quale agisce soltanto in virtù di una predisposizione antecedente dell'individuo. Molti ascaliti dalla gastrite cronica si fanno ipocondriaci.

Diagnosi. — Vedremo in seguito numerosi punti di contatto tra la gastrite cronica con le nevrosi ed il cancro dello stomaco. (Vedi queste malattie). Diremo quanto sia difficile distinguere la gastrite da quest'ultima affezione. Checchè ne sia, quando la gastrite cronica è una volta stabilita, non crediamo possibile poter determinare se sia generale o parziale, ed in quest'ultimo caso, in quale regione essa è circoscritta. Tutto quel che si è detto a questo riguardo è affatto ipotetico. Crediamo non poter nè anche diagnosticare la natura delle alterazioni. Per esempio, non pensiamo che si possa annunziare in modo certo, durante la vita, l'esistenza di una ulcerazione, atteso che questa lesione il più delle volte non produce altri sintomi generali e locali meno quelli che provocano la maggior parte delle altre alterazioni caratteristiche dello stato cronico. Vi sono sintomi i quali riuniti insieme debbono far sospettare la esistenza di una o molte ulcerazioni; questi fenomeni sono la cardialgia, i dolori dello stomaco vivissimi, che anno sede specialmente verso l'appendice sifoide e che riflettono nel dorso, l'ematemesi, i vomiti più frequenti che si manifestano poco dopo l'introduzione degli alimenti; vomiti i quali, secondo il Signor Rokitanski, contengono spesso de' fiocchi d'un bruno nerastro.

Pronostico. — La gastrite cronica generalmente non è affezione grave, a menochè non si prolunghi per molto tempo, e non impedisca che la nutrizione abbia luogo. La forma ulcerosa è la più funesta, specialmente in ragione del pericolo d'un perforamento.

Etiologia. — Le cause della gastrite cronica sono più oscure di quelle della gastrite acuta. Nello stato attuale della scienza però è impossibile di emettere su questo punto alcuna opinione certa. Si conosce pertanto che la malattia rara nella infanzia, e più comune nel periodo della vita dal ventesimo al cinquantesimo anno ed al di là (1). Tutto porta a credere

(1) In 79 casi di ulcersi semplici dello stomaco raccolti dal Signor Ro-

che essa è il risultato frequente degli errori dietetici, d'un nutrimento troppo eccitante o insufficiente: queste proposizioni però non potrebbero esser sostenute da alcuna serie di fatti ben osservati; sono semplici supposizioni più o meno probabili che l'osservazione potrebbe un giorno smentire.

Cura. — Quando il dolore è vivo, continuo, la cura deve esordire con molte applicazioni di sanguisughe all'ipogastrio, e colla contemporanea amministrazione delle bevande dolci. Raramente conviene la dieta assoluta, forse è anche nociva. Bisogna dunque dolcemente alimentare i malati; il latte, il brodo, i gelati vegetabili ed animali, le fecole, i frutti cotti si amministreranno i primi per poi permettere l'uso delle sostanze solide, scegliendo quelle che per la loro natura e per le idiosincrasie dell'individuo, saranno più facilmente tollerate. Si amministreranno ancora con qualche vantaggio certe acque minerali, specialmente quelle di Cauterets, d'Ems, di Bussang, di Vichy, di Plombières, de Wiesbaden, ec., queste ultime saranno sempre utili quando i malati sono tormentati dalle acidità. Quando si sospettano ulcerazioni, i signori Cruveilhier, Rokitsanski sono di accordo per la dieta lattea. Essi amministrano il latte puro o spezzato con acqua di calce, o con una acqua minerale; questo liquido si prende freddo o caldo, fresco o colto, secondo meglio è digerito ne' diversi stati. Alcuni malati però non possono tollerarne l'uso; verrà allora sostituito dalle acque panate o dalle decozioni mucilagginose. Se i dolori sono vivissimi, bisogna calmarli coll'uso dell'oppio amministrato internamente; questo medicamento potrà anche amministrarsi prima o dopo il pranzo, senza tema di diminuire il travaglio della digestione. In questi casi l'oppio ci sembra più utile del sotto-nitrato di bismuto, il quale è stato egualmente consigliato, e che può essere amministrato alla dose di 30 a 75 centigrammi prima del pranzo. I malati si sottometteranno in oltre ad una buona igiene. Faranno uso della flanelle; le funzioni della pelle saranno eccitate mediante le frizioni, gli stropicciamenti ed alcuni bagni solforosi. Se la malattia si ostina bisognerà sollecitamente ricorrere ad un metodo locale rivellente; quindi si applicherà un vescicante sull'epigastrio, e se non apporterà alcun sollievo verrà sostituito da uno o due cauteri, o pure dal setone. Questi mezzi sono molto raccomandati dal Signor Rokitsanski ne' casi di gastrite ulcerosa. Arriva un tempo però in cui, sebbene lo stato infiammatorio sia estinto, lo stomaco non ripi-

Rokitsanski, 30 avevano luogo ne' individui che avevano oltrepassato l'età di 50 anni, 21 in quelli che avevano meno di trent'anni, gli altri avevano delle età intermedie; 4 avevano da sedici a diciannove anni. Di questi 79 individui, si contavano 46 donne e 36 uomini.

glia le sue funzioni, ed allora sembra che questo viscere sia colpito da atonia. In queste condizioni bisogna prescrivere un leggiero nutrimento stimolante; si amministreranno le preparazioni di china, ed i ferruginosi. Questi mezzi però saranno impiegati con prudenza e come per *esperimento*, sino a che una miglioria evidente, venendo in seguito del medicamento, si potesse prescrivere con più fiducia. Passerò sotto silenzio le soluzioni arsenicali, quelle di nitrato di argento, di solfato di ferro, che i medici inglesi, tanto raccomandano ne' casi di gastrite cronica ulcerosa, come quei mezzi irrazionali, e capaci di produrre gravi accidenti. Da ora in poi ogni prudenza ne consiglia la prescrizione.

DELLA ENTERITE E DELLA COLITE ACUTA

La parola *enterite* pare dovrebbe esprimere qualunque infiammazione che à sua sede in qualunque punto della membrana mucosa del tubo intestinale; l'uso però à consacrato questo vocabolo per indicare precisamente la flemmasia dell'intestino gracile, e specialmente il digiuno e l'ileo. La infiammazione del duodono à ricevuto un nome speciale di *duodenite*, quella dell'intestino crasso i nomi di *colite* o di *rettite*, secondo che la malattia occupa il colon od il retto, e l'infiammazione del cieco è stata distinta sotto il nome speciale di *tiflite*.

L'enterite è caratterizzata da dolori del ventre più o meno vivi, ordinariamente mobili, accompagnati da scarichi ventrali liquidi, mucosi o biliosi, più o meno considerabili.

Divisione. — Tra le numerose divisioni stabilite nella istoria dell'enterite, siamo di avviso doversi ritenere soltanto quelle che distinguono la malattia in *benigna* ed in *grave*, in *acuta* e *cronica*. Vi è finalmente una specie di entero-colite la quale, per le lesioni che l'accompagnano, i sintomi che la caratterizzano e la sua natura specifica, costituisce una malattia distinta dalla enterite propriamente detta. Intendo parlare della *dissenteria* che abbiamo divisato trattarla in particolare.

Caratteri anatomici dell'entero-colite. — Quelli stessi caratteri dello stomaco sono appunto quelli che si osservano nella infiammazione dell'intestino. Si osserva in fatti in questo lo stesso modo d'innutimento, di colorito, e le stesse alterazioni di nutrizione. Quindi se l'enterite dura qualche tempo con una certa intensione, la membrana mucosa non solamente è rossa, ma gonfia, spessita o assottigliata, friabile o rammollita (1). Il tes-

(1) Per ben valutare queste alterazioni, bisogna ricordarsi che la mucosa intestinale è naturalmente bianca, la sua spessezza è un poco più considerabile nel digiuno che nell'ileo, e può esser paragonata a quella d'un

tuto cellulare sottomucoso è spesso denso e biancastro. Queste diverse alterazioni sono quasi sempre parziali, il più delle volte circoscritte verso i quattro o sette ultimi decimetri dell'intestino gracile; il duodeno è il punto più raramente affetto. La mucosa non si trova affatto alterata in tutta l'estensione dell'intestino, meno quando l'enterite è prodotta da una sostanza tossica; in questi casi è facile osservare l'escare, le ulcerazioni, qualche volta le perforazioni. Nella enterite semplice però, non si osserva nè sviluppo nè ulcerazioni de' follicoli intestinali; la membrana mucosa non è quasi mai alterata; è pure raro osservare delle concrezioni come nel muco e nell'angina colennosa. Finalmente la suppurazione del tessuto cellulare sottomucoso è un fenomeno anche più raro nella enterite che nella gastrite. In questi soli casi l'enterite può essere chiamata *flemmonosa*. Tutto ciò che abbiamo detto dell'intestino gracile deve in tutto e per tutto applicarsi all'intestino crasso. Però nella infiammazione di quest'ultimo ci è sembrato che il rammollimento fosse poco considerabile; non è neppure raro che la membrana mucosa manchi in una grande estensione; le materie fecali si trovano allora in contatto colla tunica cellulare dura. Le ulcere e le suppurazioni intestinali sono rare tanto nella colite quanto nella gastrite e nella enterite. Nell'enterocolite però, si frequente ne' ragazzi che succiano ancora il latte, il Signor Bouchut accenna siccome frequenti, tanto nella forma acuta come nella forma cronica della malattia, delle ulcerazioni le une strette, lineari, facili a non potersi distinguere; le altre circolari, sembrano aver sede nelle cripte mucipare. Se la malattia conta una certa epoca, se ne osservano molte già cicatrizzate. Per finire diremo, che nella flemmasia dell'intestino, i gangli addominali non si trovano affatto ingorgati; la milza ed il fegato sono alterati soltanto accidentalmente, e forse indipendentemente dalla lesione intestinale. Lo stomaco che per tanto tempo è stato considerato siccome sempre affetto nella enterite, al contrario, non partecipa delle alterazioni dell'intestino che in pochissimi casi. In fatti nessuna malattia è più rara quanto una gastro-enterite.

Sintomi. — L'enterite semplice raramente è preceduta da febbre. Quasi sempre i fenomeni prodromi esistono soltanto per parte dell'addome, il quale è come gonfiato, addolorato; l'appetito è perduto o diminuito. Tosto i malati van soggetti alle coliche sorde, ottuse, o pure acute, vive, lancinanti, pizzicanti,

foglio di carta (Louis). Nello stato sano la mucosa può presentare delle frange di 10 a 25 millimetri (5 o 10 linee) quando dopo averla incisa, la si distacca prendendola colla pinzetta o colle unghie. La mucosa dell'intestino crasso è più tenue, e presenta delle frange più lunghe.

esacerbanti, specialmente alla regione ombelicale, dove qualche volta sono siccome concentrate; il più delle volte si propagano verso gli altri punti del ventre. La diarrea è compagna da queste sofferenze; gli scarichi ventrali sono più o meno numerosi; in generale sono annunziati da un raddoppiamento di coliche; le materie evacuate sono gialle, mucose, più o meno omogenee; sono verdastre e miste a grumi bianchi formati dal caggio nei fanciulli lattanti. Quando gli scarichi sono troppo frequenti, producono un senso di cuociore e di bruciore all'ano. Quasi sempre le coliche si calmano dopo le evacuazioni, e nel loro intervallo, i malati provano de' gorgogliamenti o de' borborigmi. Esaminato il ventre, lo si osserva leggermente contratto, o piuttosto, più sonoro ed anche meteorizzato; questo si osserva specialmente ne' ragazzi. La pressione è dolorosa in molti punti; spesso è dato pure osservare, specialmente nella infiammazione dell'intestino crasso, una sensibilità eccessiva, simile a quella della peritonite, senza che questo ne sia affetto. L'infiammazione degl'intestini, benchè leggiera, è sempre accompagnata da inappetenza, da sete ed uno stato di debolezza proporzionata alle evacuazioni ventrali ed alla violenza delle coliche. Per poco però che la flemmasia abbia una certa intensione, esiste allora un movimento febbrile più o meno forte, una cefalalgia, e spesso accompagnato da nausea e da vomiti. Questi ultimi sono per lo più semplici, alcune volte però sono l'effetto d'una flemmasia concomitante dello stomaco; in questo caso, esistono in concorrenza con tutti i sintomi già esposti. Allora decisi esservi gastro-enterite, parola della quale ne hanno estremamente abusato per lo spazio di quindici anni, poichè à servito a denominare una, propriamente la stessa febbre tifoidea.

Varietà di sede. — Quasi tutti i medici ammettono che i sintomi e l'andamento della enterite offrono moltissime differenze, secondo la sede della flemmasia. Quindi han preteso che quando il duodeno è infiammato, un dolore vivo e profondo si avverte al di sotto del fegato, verso la regione ombelicale, che si estende verso i fianchi ed i lombi; che i patemi, sia che siano continui o no, si risvegliano sempre due o tre ore dopo il pranzo, cioè quando la digestione dello stomaco era finita, e gli alimenti piombavano nel duodeno. Specialmente han creduto che la duodenite poteva stabilire un flusso bilioso o pancreatico, in virtù di quella legge la quale fa sì che un'infiammazione esistente all'estremità d'un canale escretore, attiva la segregazione della glandola alla quale si unisce. Han pure detto, che si accompagnava frequentemente all'itterizia, e ciò si spiegava per la obliterazione dell'orificio del dotto coledoco, obliterazione che si facea dipendere dal gonfiamento dallamucosa del duodeno. Queste idee però sono puramente teoriche, ed affatto sanzionate dalla

osservazione. La duodenite, della quale ammettiamo la esistenza, è però un'afezione molto rara, quasi impossibile a diagnosticarsi, e che poi manca affatto di quella influenza per lo sviluppo delle malattie degli organi biliari, che la scuola di Broussais le à pur troppo gratuitamente compartita.

L'infiammazione del colon e quella del retto presentano de' segni più positivi. In fatti nella prima, indipendentemente dalla diarrea, esiste un dolore *superficiale*, il quale spesso traccia esattamente il tragitto dell'intestino ammalato. La colite però esiste raramente sola, perchè quasi in tutti i casi, l'infiammazione colpisce simultaneamente l'estremo dell'intestino gracile (*ileo-colite* o *entero-colite*). Finalmente quando il retto è infiammato, i malati accusano un profondo dolore nel bacino; spesso vi è tenesmo ed un peso incomodo all'ano.

Altre volte si ammetteva un'altra forma d'enterite chiamata *flemmonosa*, nella quale tutte le tuniche intestinali, ed anche il tessuto cellulare sotto peritoneale, sarebbero compresi nella infiammazione. Consultando però i fatti riportati dagli autori, si sarà convinti che sotto questo titolo ànno compreso afezioni differentissime, particolarmente diverse specie d'ilei, o flemmoni sviluppati intorno agl'intestini, specialmente nelle vicinanze del cieco. Crediamo pure dover riportare a' flemmoni iliaci la maggior parte de' casi descritti in Alemagna sotto il nome di *tiflùe* (infiammazione del cieco). I lavori pubblicati a questo scopo offrono in generale pochissima precisione. Si ritrova però un punto curioso nella storia delle flemmasie del cieco che debbo indicare, ed è la possibilità d'una infiammazione limitata all'appendice vermi-forme. Questa infiammazione può certamente esser primitiva, siccome lo provano moltissimi fatti osservati in Francia; quasi sempre la ilemmasia però è consecutiva alla introduzione nelle cavità dell'appendice di corpi estranei, come le fecce indurate, i calcoli, le concrezioni, i noccioli e le semenze de' frutti, ec. Nell'uno e nell'altro caso si osservano dolori più o meno violenti nel ventre, specialmente nella fossa iliaca, vomiti diarrea, e spesso anche costipazione; poi dopo alcuni giorni i malati muoiono con i segni d'una peritonite perperacuta, e nell'autopsia si trova il peritoneo infiammato, e l'appendice vermi-forme rammollita, cangrenata e perforata. I fatti più curiosi di questo genere sono stati raccolti alcuni anni fa da un medico tedesco (Frid. Merlino), in una piccola monografia sulle malattie del cieco (vedi *Perforamento dell'appendice ciecale* nel t. 11.^o).

Corso.—L'enterite presenta quasi sempre un andamento regolare, cioè che i sintomi, dopo un aumento di qualche tempo, diminuiscono a poco a poco e cessano completamente in modo assoluto — Non è però raro vedere la malattia presentare dello

esacerbazioni ad epoche fisse, o pure dopo aver cessato, si riproducono a certi intervalli, nello stesso modo come le affezioni periodiche. Raramente però l'enterite dipende dalla causa specifica che produce queste ultime; perchè nel maggior numero de' casi, si riconosce, come lo abbiamo detto precedentemente, che le esacerbazioni ed i ritorni periodici delle coliche e della diarrea dipendono unicamente da qualche errore dietetico, o dall'ora nella quale i malati hanno preso gli alimenti. In fatti, se la enterite è limitata in un piccolo spazio, non si osserverà forse alcun fenomeno morboso, purchè i malati non prendino cibo; in quest'ultimo caso, si osserveranno degli accidenti intestinali manifestarsi ad un'epoca più o meno lontana del pranzo, al momento in cui gli alimenti arriveranno al livello della porzione malata dell'intestino. Si comprende ancora perchè, allora gli accidenti potranno continuare e riprodursi in modo periodico, secondo che i malati persisteranno a mangiare o si adatteranno ad un regime.

Durata, esiti. — Nel maggior numero de' casi la durata dell'enterite non oltrepassa il primo settenario, e l'esito è quasi sempre felice, almeno nell'adulto. La malattia può però apportare un esito funesto. La morte è allora la conseguenza della estensione e della intensità della infiammazione, che in questi casi assale una gran porzione del tubo intestinale, e distrugge rapidamente la sua membrana mucosa. Si comprende bene che in questo caso può esistere una febbre intensa, il delirio, il coma, e de' sintomi adinamici gravissimi; questo apparato però sintomatico, raro nel nostro paese, si osserva soltanto ne' climi caldi. Presso di noi, nella forma più grave dell'enterite, appena si osserva un mediocre movimento febbrile, e quasi mai de' sintomi cerebrali; la lingua rimane umida, ma i dolori addominali sono vivi e brucianti; gli scarichi ventrali sono abbondanti e più o meno misti a sangue, la prostrazione sta in rapporto colla intensità di questi due sintomi. L'enterite spesso passa allo stato cronico per causa d'un metodo poco razionale che le si oppone, o per effetto degli errori dietetici che i malati commettono, o per altre condizioni igieniche alle quali essi sono esposti.

L'età influisce moltissimo sulla fisionomia dell'enterite e sull'andamento che siegue. Ne' ragazzi, l'enterite e l'enterocolite rivestono sempre una gravezza che quasi mai presentano nell'adulto. Così ne' fanciulli lattanti è spesso preceduta dall'eritema alle natiche, poi si accompagna ad una reazione febbrile intensissima con sviluppo del ventre e viva sensibilità sotto la pressione; gli scarichi ventrali sono mucosi, giallastri, alcune volte misti a sangue, più spesso verdastri e numerosissimi. Si osservano pure allo sviluppo vomiti abbondanti i quali spesso

non dipendono affatto da una lesione dello stomaco; in queste circostanze si veggono delle ulcerazioni ai malleoli, dei punti di muco e delle ulcerazioni nella bocca. Il depauperamento allora fa rapidi progressi; in ventiquattr'ore questi piccoli esseri si trasformano; quasi tutti periscono. Ne' fanciulli (più adulti, cioè di due a cinque anni, l'enterite, siccome lo provano i signori Barthez e Killiet, può manifestarsi sotto una forma gravissima, in modo da simulare una febbre tifoidea. Quindi la lingua si osserva secca, bruna, ed i denti coperti da patina; il ventre si gonfia, si fa teso, e può esservi delirio e coma. Diciamo però che questa forma per buona sorte è rarissima nel giovane; la maggior parte di quelli che ne sono affetti muoiono al secondo settenario.

Diagnosi. — La diarrea e le coliche avendo i caratteri che abbiamo indicati, fanno sempre distinguere facilmente l'enterite dalla dissenteria, dalla colica saturnina, dalle coliche nervose, dall'ileo, dalla peritonite e dal reuma delle pareti addominali. Nessun rapporto esiste nell'adulto tra l'enterite e la febbre tifoidea; poichè avendo riguardo alla gravezza, la prima uccide raramente, mentre la seconda porta via la maggior parte degli individui che assale. Nella enterite appena si osserva comunemente poca febbre, il ventre è doloroso, ma senza meteorismo nè borborigmi nella fossa iliaca; la milza conserva il suo volume; manca il rantolo sibilante nel petto; non si osservano affatto fenomeni cerebrali, i malati non sono tormentati da veglie; la debolezza è mediocre e sempre proporzionata alla intensità della diarrea; mentre conosciamo che nella febbre tifoidea, l'oppressione delle forze non sta in rapporto col numero e l'abbondanza delle evacuazioni. Ne' ragazzi di due a cinque anni, non avviene mai lo stesso, poichè a questa età abbiám veduto qualche volta, che l'enterite, per l'abbondanza della diarrea, per lo sviluppo del ventre, per l'aridità e lo stato fuliginoso della lingua, e la sua complicità cogli accidenti cerebrali, poteva esser confusa colla febbre tifoidea. Però l'andamento della malattia, e la mancanza specialmente di alcuni segni importanti, come lo sviluppo della milza, i rantoli nel petto e le macchie alla pelle, ci faranno stabilire il più delle volte la diagnosi differenziale; però in alcuni casi rari, può anche rimanere oscura, incerta sino alla morte. In simil caso si potrebbe profittare delle ricerche termometriche del Signor Roger, il quale à trovato che nella enterite la temperatura si manteneva tra 38 e 39, mentre si alza frequentissimamente a 41 o 42 nella febbre tifoidea.

L'esistenza della enterite una volta stabilita, abbiám veduto che spesso poteva determinarne esattamente la sede in tale o tale parte dell'intestino; abbiám pure veduto, che nel mag-

gior numero de' casi, tornava assolutamente impossibile di poterla localizzare, specialmente per le tre divisioni dell'intestino gracile, ed anche per poter determinare se questo solo sia affetto, o pure se lo sia simultaneamente all'intestino crasso. Tutto ciò che ne han detto dopo Broussais sul modo di distinguere la infiammazione della mucosa dell'intestino gracile da quella del colon, è intieramente oppugnato. Son certo che coloro i quali sono avvezzi ad osservare i malati con tutta attenzione, divideranno la mia opinione, la quale è pure quella del Signor Louis, al quale nessuno può contrastare la superiorità nell'arte della diagnosi.

Pronostico. — Nell'adulto, e nel nostro clima, l'enterite (esclusa sempre quella prodotta per avvelenamento) è un' affezione ordinariamente benigna, la quale raramente produce la morte una volta su cento casi. Non però così avviene ne' vecchi, nei ragazzi lattanti, specialmente in quelli degli ospizi, e quelli propriamente spossati dai dolori o dalla diarrea, i quali muoiono in gran numero. Parlando della benignità della enterite negli adulti, non o inteso parlare che della enterite primitiva, poichè non avviene così della secondaria. Perciò abbiám veduto precedentemente che questa affezione fa perire molti individui, i quali erano scampati al vaiuolo ed al morbillo.

Etiologia. — L'enterite è un' affezione comune a tutte le età; ma non abbiamo alcun fatto esatto mediante il quale poter fissare approssimativamente quale sia la frequenza di questa malattia ne' differenti periodi della vita, e nell' uno e nell' altro sesso. Più comune nelle stagioni e ne' climi caldi, l'infiammazione degl'intestini à luogo specialmente dopo l'impressione del freddo, quando il corpo è riscaldato, o dopo gli errori dietetici, o dopo l'introduzione delle sostanze acri, irritanti, e dei purgativi violenti. L'enterite è spesso un' affezione epidemica. Ne' ragazzi lattanti, la malattia riconosce spesso per causa un nutrimento troppo abbondante, la dentizione, e lo spoppamento prematuro ec.

Cura. — Il più delle volte l'enterite cede ad un metodo di cura semplicissimo, come l'uso delle bevande dolci e mucilagginose, de' clisteri dolcificanti e calmanti, de' cataplasmi emollienti sul ventre. Il principal mezzo però consiste nel regime. Così nella enterite benignissima, i malati si asterranno da qualunque nutrimento solido; se la malattia è più intensa, la dieta deve esser rigorosa. La reazion febbrile, la forza del polso, indicano uno o molti salassi generali. Se i dolori addominali sono vivissimi, converrà applicare le sanguisughe. Molti le applicano all'ano, nello scopo di far sgorgare più facilmente l'intestino; noi però crediamo doversi preferire di applicarle sul ventre, per ottenere che i malati siano più prontamente e più

completamente sollevati. In questi casi molti buoni vantaggi si otterranno da' bagni tiepidi e bastantemente prolungati. Finalmente, quando nonostante questi mezzi, se le coliche sono vivissime, o se l'enterite assale individui irrimediabilmente, bisognerà a primo istante amministrare una certa quantità di oppio, per calmare i dolori. Le preparazioni oppiate sono pure indicate ad un'epoca avanzata, quando i sintomi di reazione sono spenti, e la diarrea sola continua. In questo caso l'oppio modifica quasi sempre la secrezione intestinale con gran vantaggio. L'enterocolite si complica qualche volta ad uno stato bilioso, il quale può essere combattuto coll'uso d'un vomitivo; solamente bisognerà preferire l'ipocacuana al tartaro stibato, per la ragione che il primo limita tutta la sua azione sullo stomaco, mentre l'altro medicamento agisce il più delle volte come emetico e come purgativo; l'ipocacuana s'impiega pure come rivellente allo sviluppo dell'enterocolite de' ragazzi. Il Signor Troussseau lo consiglia allora. Non conviene continuare di vantaggio per provare quanto si debba sorvegliare il regime de' malati, per evitare le ricadute continue, ed il passaggio della malattia allo stato cronico.

Le stesse regole debbono mettersi in uso per la cura de' ragazzi lattanti; questi si faranno succhiare raramente, si regoleranno i loro pasti, il latte della madre sarà sostituito da alcune bevande dolci, come l'acqua di gomma o di avena. Se gli scarichi sono abbondanti, si amministra un clistere con una o due gocce di laudano. Finalmente, se il ventre è teso e la febbre intensa, l'applicazione di due sanguisughe sul ventre sarà vantaggiosa. Se l'enterite à luogo dopo uno svezzamento prematuro, bisognerà riprendere la nutrice, senza permettergli altro nutrimento meno che il solo latte, senza però escludere l'uso degli emollienti, de' mucilagginosi e degli oppiati (Vedi come compimento, l'articolo *Rammollimento della mucosa digestiva*).

DELLA ENTERITE E DELL'ENTERO-COLITE CRONICA

La forma cronica della enterite e dell'enterocolite può essere primitiva, altra volta consecutiva dello stato acuto.

Caratteri anatomici. — In tutti gl'individui morti per effetto della enterite cronica, si osserva un demagramento estremo in tutto il corpo; il calibro degl'intestini è diminuito a tal segno da non aver nell'adulto se non che la grossezza del dito minimo, mentre il colon appena à il volume naturale dell'ileo. Le pareti intestinali sono allora assottigliate, come atrofiatate, e presentano spesso un colore brunoastro di lavagna in una grande estensione, al quale il peritoneo non prende affatto parte, e che dipende dal colorito de' tessuti sottostanti, specialmente

della membrana mucosa. Altre volte, poi, le pareti intestinali, specialmente se è il colon il quale è affetto, sono spessite, indurate, biancastre, semitrasparenti al taglio, quasi lardacee a causa della spessezza del tessuto cellulare: la membrana mucosa è del color grigio brunastrò, ora spessa e friabile, altra volta rammollita, assottigliata, distrutta, ed alcune volte ulcerata in una più o meno considerabile estensione. A torto però si considerano le ulcerazioni come carattere anatomico frequente della enterite cronica; questa lesione in fatti si osserva soltanto negli individui tubercolosi, la quale dipende meno da un lavoro infiammatorio *primitivo*, anzichè dalla origine de' tubercoli sotto mucosi. D'altronde non dobbiamo occuparci in questo luogo di sì fatta specie di enterite, mentre la descriveremo con molta cura all' articolo *eticia*. La membrana mucosa intestinale si osserva pur anche ulcerata nelle enterite consecutive alla dissenteria. Dunque si può stabilire come risultato positivo di osservazione, che, messa da parte la dissenteria cronica, e l'enterite tubercolosa, l'infiammazione cronica della mucosa intestinale, raramente termina colle ulcerazioni. A buon conto, quando queste esistono, sono incontestabilmente più comuni nelle diverse parti del colon anzichè nell' intestino gracile. Lo stomaco raramente partecipa alle alterazioni della mucosa intestinale, qualunque possa essere l'età dell'individuo, benchè si sia detto che costantemente fosse stato alterato.

Sintomi, corso, esiti. — Nella enterite o entero-colite cronica, il dolore è più vivo ed occupa generalmente lo stesso punto del ventre; raramente continuo, il più delle volte si manifesta di tempo in tempo, e precede ciascuna evacuazione. I scarichi sono più o meno numerosi; possono esservene cinque o sei nel corso delle ventiquattr' ore, spesso più, raramente meno. Sono costantemente liquide, giallastre, mucose, fetidissime. Il bisogno di evacuare il ventre è spesso provocato dal camino; da una scossa morale, e specialmente dalla introduzione degli alimenti e delle bevande. Perciò molti malati colpiti da enterite cronica, non possono nè mangiare nè bere senza esser tosto presi dal bisogno imponente di evacuare; quasi tutti sono tormentati da contrazioni intestinali o da borborismi fragorosi, i quali si manifestano specialmente dopo il pranzo e sono spesso i prodromi delle evacuazioni ventrali. La sete è negativa, la maggior parte de' malati conservano l'appetito, la digestione dello stomaco si esegue regolarmente e senza incomodo. Per poco però che la enterite si prolunghi, la nutrizione si altera profondamente. Così i malati perdono le forze, si fanno pallidi e magri; il ventre si contrae verso la colonna vertebrale; la pelle è secca, aspra, il polso accelerato; tosto vi è un apparato febbrile continuo o irregolare; finalmente se la malattia continua a

farsi grave, la morte può avvenire nel ultimo grado del marasmo. Altre volte la diarrea diminuisce, i scarichi ventrali sono meno numerosi, le coliche quasi negative; finalmente le forze rinascono a poco a poco, la persona si rimette nelle carni, ed i malati ricuperano la salute. Qualunque però possa essere l'esito, raramente l'enterite cronica siegue un andamento regolare ed uniforme; il più delle volte in fatti si osservano delle remittenze e delle esacerbazioni. Queste si manifestano spontaneamente o sono provocate da differenti cause, specialmente dagli errori dietetici o dalla impressione del freddo e dell'umido.

Durata. — L'enterite e l'enterocolite ànno una durata illimitata; molti individui benchè guariti, conservano una grande propensione per parte degl'intestini; in questi si osservano pur anche i disturbi digestivi quando commettono il menomo errore dietetico, o quando prendono certi alimenti di difficile digestione, o quando si espongono all'umido o tranguggiano una bevanda troppo fredda.

Diagnosi. — Le coliche e le diarree accompagnate da demagramento e da depauperamento, sono sintomi della enterite cronica; non ne costituiscono però il carattere patognomonico, giacchè si osservano allo stesso grado nelle diverse lesioni organiche degli intestini, specialmente nelle ulcerazioni tubercolose e le degenerazioni scirrosc. Col metodo di *eliminazione* dunque si potrà soltanto precisare la diagnosi della enterite cronica semplice; però non bisogna dimenticare che quest'ultima è raramente mortale nell'adulto. In fatti raramente la si vede produrre fenomeni di consunzione a questa età; così si avranno come *sospette* quell'enteriti croniche nelle quali si manifesta un rapido demagramento, il quale spesso non si trova in rapporto con la diarrea. Si dovranno pure anche temere moltissimo quelle diarree croniche, le quali accompagnate da movimenti febbrili ritornano regolarmente la sera e durante la notte, perchè quasi sempre sono sintomatiche delle ulcerazioni intestinali di natura tubercolosa, le quali coincidono *sempre* con i tubercoli polmonari. Bisognerà dunque, in tutti i casi di diarree croniche, esplorare accuratamente il torace, ed essere molto riserbati sul pronostico, ogni qual volta si vedranno manifestare dei sintomi di consunzione o di febbre etica. Le diarree croniche sintomatiche d'una lesione cancerigna saranno di più facile diagnosi; perchè spesso alternano colla costipazione, soventi volte sono precedute da segni che indicano un arresto od un incomodo nel passaggio delle materie fecali; son formate dalla sanie, e dal pus misto alle materie intestinali; finalmente, oltre i segni esterni della cachessia caugerigna, il palpeggiamento del ventre ed il tatto per via del retto faranno conoscere la natura e la sede della lesione organica.

Pronostico. — L' enterite cronica è generalmente pericolosa, meno per la gravezza quanto per la ostinazione e la frequenza alle recidive. Però ne' ragazzi e ne' vecchi, frequentemente si esserva finire colla morte.

Etiologia. — L' enterite cronica, nell' adulto, il più delle volte, riconosce la causa negli errori dietetici frequenti, e nel cattivo alimento. Queste cause agiscono con molta attività specialmente ne' ragazzi spesso soggetti alle frequenti eiezioni ventrali. Uno svezzamento prematuro, un nutrimento abbondante e sproporzionato alle forze digestive sono le cause più comuni della enterite cronica de' fanciulli lattanti. Le precedenti cause agiscono tanto maggiormente in quanto che i fanciulli sono più deboli.

Cura. — La dieta deve tutta fissare l' attenzione del medico. La dieta assoluta raramente giova, anzi nella maggior parte de' casi nuoce. Bisogna scegliere gli alimenti di facile digestione, e molto nutritivi, in modo che in gran parte assorbili lasciano pochi principi escrementizi. Le minestre grasse di fecola milacea, le creme di risi, i gelati vegetabili ed animali saranno consigliati in primo luogo; poi si passerà ad un alimento solido e più sostanzioso. Nel principio bisogna che i pranzi siano pochi, nè troppo moltiplicati, per evitare la fatica degl' intestini. I malati faranno uso di vino generoso; quelli di Bourgogne, e specialmente di Bordeaux debbono esser preferiti; saranno mischiati ad una sufficiente quantità di acqua. In questi malati molta acqua e poco vino si tollera difficilmente, e produce gli scarichi ventrali; in questo caso basta aggiungere un poco d' acqua di Seltz, di zucchero e di gomma, perchè possa esser tollerata. Nell' enterite cronica, bisognerà eccitare la funzione della pelle con de' bagni semplici o solforosi, saponati, salati, e colle frizioni secche ed aromatiche. Finalmente i malati faranno uso della flanella; il ventre sarà preservato dall' impressione del freddo mediante una cintura, ed anche meglio mediante una pelle di lepre.

I medicamenti debbono variare a seconda delle circostanze. Quando le coliche sono vive e continue, convengono le applicazioni delle coppe a vento o delle senguisughe sul ventre. Questa parte sarà coperta di cataplasimi emollienti, ed all' interno si amministeranno le bevande mucilaginose, la decozione bianca di Sydenham, i clisteri emollienti, calmanti, siccome li abbiamo consigliati nel periodo dell' acuezie. Si aggiungerà l' uso dell' oppio, e forse meglio della teriaca o del diascordio, in ragione delle proprietà calmanti, e nello stesso tempo i tonici e gli astringenti. Il Signor Trousseau à pure molto raccomandato per i fanciulli come per gli adulti l' uso del sotto nitrato di bismuto, alla dose di 1 a 5 decigramme per

i primi, e di 1 a 4 gramme per i secondi. Quando la malattia si prolunga, ed esiste uno stato di generale atonia, tutti convengono sull'uso de' tonici e degli astringenti energici, come le decozioni di china, di simaruba, di cachou di ratania; questi mezzi debbono però essere impiegati con molta prudenza, e solamente per esperimento, e studiandone accuratamente gli effetti. Quel ch'è diciamo per gli astringenti valga pure per le acque minerali, naturali o fittizie, dalle quali spesso si hanno de' buoni effetti. Le più vantaggiose sono frequentemente le acque ferruginose, alcaline gassose; le acque solforose non lo sono sempre. Finalmente vi sono enteriti le quali, ribelli a tutti questi mezzi, si sradicano o si modificano con un forte rivellente sulla pelle del ventre; ciò si ottiene mediante un vescicante od un canterio, o coll'uso della pommata d'Autenrieth.

È cosa certa che molte enteriti sono restie per la difficoltà che s'incontra a poter modificare le superficie infiammate mediante i medicamenti i quali debbono attraversare le parti sane, e che perciò non pervengono alle parti ammalate, se non che dopo aver subito una minore o maggiore alterazione: così il retto si trova collocato, sotto questo rapporto, nelle condizioni più favorevoli del resto del tubo intestinale, per la facilità che si ha di far pervenire su di esso le sostanze medicamentose. Quando quelle che abbiamo consigliato nella enterite cronica non producono effetto nella infiammazione del retto, si cercherà di modificare profondamente lo stato delle superficie ammalate, mettendole in contatto con una soluzione più o meno concentrata di nitrato di argento (25 contigramme ad 1 gramma di nitrato di argento sciolte in 30 gramme di acqua). Questa modifica è in generale efficacissima, ed ordinariamente bastano due canterizzazioni per trionfare della malattia. In questi ultimi tempi, il Signor Trousseau ha pure consigliato il nitrato di argento in posizione alla dose d'una centigramma in 25 gramme di acque distillata ed edulcherata, da prendersi a cucchiaini nelle diarree croniche de' lattanti; nulla di preciso esiste però intorno al valore di questa prescrizione.

I ragazzi colpiti da enterite cronica esigono alcune altre cure. Se succiono ancora il latte, bisogna assicurarsi che questo non sia troppo abbondante ne troppo sostanzioso, facendoli succhiare il meno possibile, e dando negl' intervalli del pranzo una pozione oppiata. Se il ragazzo è stato svezzato da poco e se l'enterite resiste a' mezzi razionali, bisognerà riprendere la nutrice. La dieta lattea conviene moltissimo nelle enteriti croniche dell'infanzia; il latte della donna merita sempre la preferenza anche ne' ragazzi di tre o quattro anni. Se non possono o non vogliono prendere il seno, si amministrerà loro col cucchiaino o in una caraffina. Questo mezzo produce spesso vere risurre-

zioni. Il latte d'asina può sostituire quello della donna. Se le circostanze o lo stato di fortuna de' parenti permettono l'uso del latte di vacca soltanto o di capra, bisognerà allungarlo coll'acqua e collo zucchero. In tutti i casi non bisogna dare il latte se non che a guisa di pranzo regolare in ogni tre o quattro ore. Il Signor Donnè è stato quello che più ha fissato l'attenzione de' medici sulla utilità del latte come sostanza alimentizia e medicamentosa nella enterite della infanzia.

DELLA DISSENTERIA

Sinonimia. — Dissenteria, colite, colite specifica, *tormina*; *tenesmo*; *fluxus intestinorum cum ulcere ec.*

La dissenteria è una malattia caratterizzata da coliche più o meno vive, da un bisogno frequente e spesso quasi continuo di andare al luogo, e per la escrezione d'un muco misto a sangue o ad un siero rossastro, emessa in piccola quantità.

Storia. — La dissenteria è una malattia, la conoscenza della quale risale alla più oscura antichità; però non è stata studiata in modo alquanto completo se non che dagli osservatori dell'ultimo secolo, specialmente da Pringle (1) da Zimmermann (2), come da molti nostri contemporanei, tra i quali si distinguono Pinel (3) i signori Chomel (4) Parmentier e Trousseau (5), Thomas (6), Guérétin (7), Gély (8), Masselot, Follet (9) e Cambay (10) ec.

Divisioni. — Gli autori hanno proposto moltissime divisioni nello studio della dissenteria; noi però crediamo doverne conservare soltanto le seguenti, cioè; la dissenteria *benigna e grave*, *febrile ed apiretica*; *sporadica ed epidemica*; finalmente la dissenteria *acuta e cronica*. Queste divisioni sono importanti pel pronostico e pel metodo di cura.

Anatomia patologica. — In quelli che muoiono dietro una dissenteria acuta si osserva la membrana mucosa del colon, del retto e spesso anche quelle dell'intestino gracile, rossa, gonfia, spessita e friabile; i follicoli del colon sono aumentati di volume, il loro orifizio ingrandito è marcato da un punto ne-

(1) *Maladies des armées.*

(2) *Traité de la dysenterie.*

(3) *Nosographie philosophique.*

(4) *Dictionnaire de médecine, article Dysentérie*

(5) *Archives de médecine t. XIII, p. 477.*

(6) *Id., seconde Série, t. VII. p. 433.*

(7) *Id. p. 51.*

(8) *Essai sur les altérations anatomiques qui constituent spécialement l'état dysentérique*

(9) *Archives, année 1843, t. 1 et 11.*

(10) *De la dysenterie et des maladies du foie, Paris, 1847.*

ro ; finalmente le pareti intestinali sono più edematizzate, e la loro spessezza, la quale è formata specialmente dal tessuto cellulare sotto mucoso, e dalla tunica muscolare, è portata a 12 o 15 millimetri. Queste alterazioni sono le sole che si osservano nella dissenteria acuta di questi climi, specialmente in quella sporadica, o che solamente conta un periodo di quindici giorni. Però, dopo questo tempo, specialmente quando regna epidemica si osservano delle ulcerazioni più o meno numerose della membrana mucosa del colon. Quest' alterazione, che alcuni, come Coelius Aurelianus considerano siccome costante, altri come rara, (Sydenham, Willis, Pringle, Stoll), da altri è stata pur anche negata, ma però studiata accuratamente in questi ultimi tempi dal Signor Thomas. L' abile medico di Tours, seguendo l' esempio di Coelius Aurelianus, ha considerato le ulcerazioni come quelle che costituiscono il carattere anatomico essenziale della dissenteria. Quest' assertiva è stata confermata dalle ricerche di molti osservatori, specialmente da quelle del Sig. Cambay, il quale sempre ha trovato delle ulcerazioni sopra duecento cadaveri morti per dissenterie, ch' egli ha sparati in Algeria. Secondo il Sig. Thomas, le ulcerazioni avrebbero la loro sede nei follicoli, sarebbero visibili all' ottavo giorno, ed a quest' epoca formerebbero delle piccole soluzioni di continuo, le quali tosto riunendosi, costituiscono delle ulcerazioni irregolari, a bordi acuti, che interessano tutta la mucosa, ed il fondo delle quali, formato dal tessuto cellulare, o dalla membrana muscolare, spesso è tapezzato da una pellicola brunastra, la quale altro non è se non che una falsa membrana che facilmente si distacca. Questa non sarà confusa coll' escara. Essa vien formata qualche volta primitivamente dalla membrana mucosa, che altra lesione non offre se non che un inietramento più o meno vivo. Ora esistono soltanto delle ulcerazioni; altre volte queste sono numerosissime; possono essere anche talmente ravvicinate; che il colon ed il retto si trovano crivellati. Alcune hanno un diametro maggiore di 8 o 9 millimetri, arrotondate o di forma irregolare, con i loro bordi grigiastri i quali sembrano tagliati da uno stampo. L' ulcerazione si estende raramente al di là della mucosa; non è però raro trovare uno o due tuniche intestinali successivamente distrutte; si è pure osservato che il lavoro ulcerativo aveva moltissime volte invaso sin anche la tunica sierosa, e se un perforamento ha avuto luogo, si osserva uno spandimento stercoraceo nel ventre, e le lesioni caratteristiche d' una peritonite perperacuta. La gangrena è estremamente rara.

Le alterazioni che io stesso ho studiate sono a poco presso quelle che i signori Trousseau e Parmentier avevano osservate nel 1826 nella epidemia d' Indre-e-Loire. Sono quelle stesse che i signori Musselot e Follet hanno incontrate nella epidemia che

iacrudeli nel 1842 nella guarnigione di Versaglia. Finalmente poco differiscono da quelle tanto bene descritte nel 1838 dal signor dottor Gély di Nantes. Questo distinto medico, ha ammesso quattro forme anatomiche principali nella dissenteria: 1° l'ipertrofia acuminata (spessezza della mucosa con ingorgo de' follicoli); 2° le ulcerazioni de' follicoli; 3° le false membrane, meno frequenti delle ulcerazioni; 4° l'assottigliamento ed il rammolimento della mucosa, meno frequenti della ipertrofia, spesso accompagnati da pseudo-membrane e da ulcerazioni superficialissime, le quali non possono osservarsi che a contro lume. Le ulcerazioni, le quali possono mancare nella dissenteria sporadica ed in quella benigna, sono al contrario costanti nella dissenteria cronica. In questa forma la superficie delle ulcerazioni è spesso fungosa e saniosa, le pareti intestinali spessite, spesso sono dure e d'un aspetto scirroso, a causa della ipertrofia del tessuto cellulare sotto mucoso.

Le lesioni che abbiamo enumerate sono quasi sempre circoscritte nell'intestino crasso; possono pure occupare gli ultimi piedi dell'intestino gracile; è però cosa rara, e specialmente è cosa poco comune osservarvi delle ulcerazioni.

In quelli morti per dissenteria dal 8 al 20.º giorno, si osservano ordinariamente i gangli mesenterici voluminosi, rossi, friabili, ed anche suppurati. Al di là di quest'epoca, sono abbassati e d'un colore nerastro o di lavagna.

Indipendentemente dalle lesioni che abbiamo fatto osservare, gli autori parlano di diverse alterazioni spesso osservate per parte dell'esofago, dellè vie biliari ed urinarie; queste però sono complicate, e delle quali ne parleremo in altro luogo.

Sintomi. 1.º Dissenteria benigna. — La dissenteria si manifesta senza prodromi; altre volte è preccduta, per alcune ore, per alcuni giorni, da mal'essere, da stitichezza, da disturbi della digestione, da freddi, da una grande debolezza nel dorso (Zimmermann). Tosto i dolori addominali si manifestano; esistono quasi sempre verso la S iliaca e risalgono poscia lungo le altre parti del colon, o pure, generali e mobili, si concentrano verso la fossa iliaca sinistra ed il retto; la pressione li esacerba generalmente; ma non sempre. Tutti i malati provano un senso di peso verso il perineo, sentono come se un corpo estraneo fosse situato nell'estremo del retto; fanno de' sforzi dolorosi; stentati per evacuare, senza che alcuna materia venghi espulsa; allora si dice esistere de' *premiti* o *falsi bisogni*. Di tempo in tempo però i malati espellono una piccola quantità di materie intestinali, le quali, oltrepassando l'ano, vi producono un senso di cuociore o di scottatura insopportabile. Dapprima sono materie stercoracee ordinarie, solide; liquide; ma tosto si manifestano soltanto delle mucosità dense, biancastre, sanguino-

lenti e fioccosse. Sono alcune volte miste a piccole concrezioni biancastre o grigiasire, formate spesso dagli avanzi della membrana mucosa, ma che poi altro non sono che false membrane che abbiamo indicate alla superficie delle ulcerazioni, e qualche volta sulla mucosa non ancora colpita; così raramente si osservano questi prodotti nelle evacuazioni prima del nono o decimo giorno; il signor Thomas le à però osservate sin dal quarto. Le materie intestinali, senza odore, o d' un odor insipido o almeno poco fetido, sono sempre evacuate in picciolissima quantità in ogni volta. Il numero de' scarichi è più o meno considerabile; quasi mai non meno di dodici nelle ventiquattr' ore, qualche volta trenta, quaranta ed anche più. In casi rari la pelle dell' ano è rossa, qualche volta vi è rilasciamento del retto, specialmente ne' fanciulli deboli. In molti malati, una parte degli organi genito-urinari partecipano a' patemi dell' intestino. Così in questi esiste il tenesmo vescicale, caratterizzato da un continuo bisogno di urinare o dagli sforzi di smungimento senza che alcuna goccia di urina sia espulsa; alcuni però, dopo molti stenti, emettono alcune mucosità biancastre, esalate nella vescica, e più spesso nell' uretra; nelle donne si osserva frequentemente un poco di leucorrea. Comunque benigna possa essere però la dissenteria, è sempre accompagnata da mal' essere e da debolezza, la quale non può essere spiegata nè per la intensità de' dolori, nè pel numero o per l' abbondanza degli scarichi ventrali. La faccia è ordinariamente pallida, abbattuta; essa esprime i patemi, e la fisionomia si fa rugosa e l' agitazione grande durante il tenesmo e quando le evacuazioni hanno luogo. Nonostante la benignità della dissenteria, l' appetito si perde o almeno diminuisce considerabilmente; la bocca è spesso pastosa o amara; vi è sete o vomituratione. In mezzo a questi tram busti, il polso spesso rimane calmo; il più delle volte però è accelerato; il calore della pelle è aumentato, questo è secco e vivo. Tali sono i sintomi caratteristici della dissenteria benigna. Dopo aver durato con qualche intensione per alcuni giorni, tosto le coliche ed il tenesmo diminuiscono; gli scarichi prima meno frequenti, finiscono di essere mucosi, e addiventano a poco a poco stercoraci; spesso la dissenteria è sostituita dalla diarrea, finalmente dopo una durata che varia tra i quattro ed otto giorni, le funzioni si ristabiliscono e solo rimane un certo stato di debolezza.

2. *Sintomi, corso ed esiti delle dissenterie gravi.* — Quando la dissenteria regna epidemica, specialmente in un paese caldo o quando invade le prigioni, le navi, i campi o le città assediate, si distingue per certi sintomi generali e locali ben altrimenti gravi. Così i dolori addominali sono spesso atroci, i premiti più penosi, casi continui, il numero degli scarichi è

maggiore di prima: quindi Zimmermann à veduto de' malati averne più di due cento nello spazio di poche ore soltanto. Le materie sono della stessa natura delle prime, ma più rossastre; qualche volta brune nere, puriformi, simili allo sperma, spesso sierose; finalmente ad un'epoca più avanzata rassomigliano all'acqua di carne lavata, ed in tutti i casi mandano un odor fetido. Gli scarichi che ad un'epoca meno avanzata contenevano alcune pellicole disteritiche, delle pseudo-membrane, presentano in questo periodo alcune sfrangiature fornite dall'intestino. Questo fatto riconosciuto da Celso e da Aretco, negato poscia dalla maggior parte degli osservatori, è stato confermato da Annesley, e specialmente da molti de' nostri medici militari. Quindi i signori Catteloup e Cambay hanno molte volte osservato in Algeria delle dissenterie espellere dall'ano larghi lembi, o certi cilindri formati dalla mucosa intestinale e da una parte della tunica muscolare istessa. Crediamo con i due distinti medici, che in questi casi le tuniche sono state distaccate da uno di quei flemmoni sotto mucosi che alcune volte si osservano nella dissenteria de' paesi caldi. Per terminare ciò che à rapporto al carattere delle evacuazioni alvine, diciamo esservi malati, i quali di tempo in tempo espellono del puro sangue ed in grandissima quantità. Altri, anche ad un periodo lontano dallo sviluppo, mandano ancora materie fecali solide, arrotondate, forse sin allora trattenute nelle incavature dell'intestino crasso. I sintomi generali stanno in rapporto con quelli locali: la fisionomia è alterata, l'abbattimento è estremo, la sete inestinguibile; le bevande però non possono essere trangugiate senza tosto provocare gli scarichi; la respirazione è accelerata; la reazione febbrile è molta; il calore della pelle è secco ed acre; il polso ora è forte, ampio sviluppato, altre volte piccolo concentrato; la segregazione urinaria quasi sempre sospesa.

La manifestazione o il predominio di certi accidenti imprime spesso alla malattia una fisionomia speciale, e giustifica le varietà ammesse dagli autori. Quindi è che qualche volta esiste il delirio più o meno violento, i sussulti de' tendini, un tremito generale, e quest'insieme sintomatico è quello che caratterizza lo *stato atassico*. Più frequentemente i malati cadono nella prostrazione; la lingua si fa arida o bruna, i denti si coprono di fuliginosità, il ventre è teso, meteorizzato; questa è la dissenteria *adinamica*, la quale, come la prima, ora è primitiva ed ora consecutiva ad una viva reazione, con polso forte, sviluppato, con turgescenza della faccia, cioè coll'insieme de' sintomi che caratterizzano la febbre infiammatoria (*dissenteria infiammatoria*). La dissenteria adinamica è quella che si osserva il più delle volte negli accampamenti o nelle prigioni, la quale spesso complica il tifo. Finalmente invece de' sintomi precedenti

può esistere una lingua arida, con amarore della bocca, ed un desiderio di vomitare, de' vomiti verdastri sollevanti: questa è la dissenteria *biliosa* di Stoll.

Bisogna prevenire il lettore che nelle dissenterie gravi, quando le tuniche intestinali sono state distrutte, esiste ordinariamente un dolore sordo e fisso in un punto qualunque dell'intestino crasso. Nelle indie orientali questo dolore si osserva più comunemente nella regione ciecale diritta; mentre in Algeria si fa sentire più ordinariamente nella fossa iliaca sinistra, siccome lo fa notare Cambay; così in Africa, le lesioni sono più profonde nel retto e nella S iliaca che altrove. Questo dolore sordo, violento, osservabile soltanto mediante la pressione o quando il malato è chiamato al luogo, può esacerbarsi ed estendersi a tutto l'addome: ciò dipende il più delle volte dal perchè la flemmasia si è propagata al peritoneo circonvicino, ed à prodotto una peritonite, la quale può esser parziale, ma che molte volte è generale, indipendentemente da qualunque perforamento dell'intestino.

Qualunque possa essere la forma, quando la dissenteria deve terminare funestamente, la faccia si altera viemaggiormente, il polso addiviene piccolo, irregolare, il ventre è meteorizzato, gli scarichi ed il tenesmo si raddoppiano; qualche volta questi sintomi diminuiscono; i malati sono tormentati da continuo singhiozzo; tutte le evacuazioni sono fetide; il demagrimento progredisce continuamente; finalmente la morte sopravviene ora perchè tutti i sintomi si aggravano, ora per l'andamento della malattia, o per un accidente impreveduto, come una emorragia intestinale, o per una peritonite perperacuta, consecutiva al perforamento degl'intestini. Una miglioria progressiva si osserva ne' sintomi, quando la malattia deve avere un esito felice. In questi casi, i malati si sono veduti colpiti da paralisi parziali, per esempio alla lingua, ma più particolarmente alle membra superiori o inferiori. Questi accidenti, però rari, possono anche osservarsi nel periodo acuto della malattia.

Tra le complicitanze che possono sopravvenire, una delle più gravi e delle più frequenti è certamente la epatite. Spesso è stata osservata da Annesley nelle indie, ed i nostri medici militari l'hanno egualmente osservata in Algeria. Così il signor Cambay pensa che la complicitanza della epatite si osserva nell'Africa Francese in un ventesimo de' casi di dissenteria. Il signor Catteloup dice pure che in questa contrada, si osservano poche dissenterie senza qualche sintomo per parte del fegato. Il signor Cambay à consacrato nel suo libro un capitolo importante per la dissenteria con complicazione epatica. Per questo distinto medico, la malattia del fegato avrebbe luogo in tre modi differenti; ora la dissenteria esiste primitivamente, e dà origine

all'affezione del fegato o ne è seguita; altre volte questa preesiste, ed allora la dissenteria si manifesta come complicanza; qualche altra volta finalmente queste due nascono simultaneamente, ed allora torna impossibile poter conoscere quale delle due abbia preceduto l'altra. (Vedi appresso l'*Istoria della epatite*.)

La scomparsa dei sintomi ora è definitiva, altra volta momentanea. La dissenteria in fatti è una malattia nella quale le ricadute sono frequentissime. Esse hanno luogo spontaneamente, il più delle volte dipendono dagli errori dietetici. Qualche volta il ritorno della malattia ha luogo regolarmente, conforme ad uno de' tipi delle febbri intermittenti, specialmente del tipo terziario. La dissenteria può essere infatti l'accidente predominante delle forme della febbre perniciosa.

Dopo le dissenterie gravi, la convalescenza è lenta, penosa; le forze si riparano tanto più lentamente, in quanto si è obbligato di regolare i malati sul regime in ragione della immunità delle ricadute.

Dissenteria cronica. — Spessissimo, ma sopra tutto in tempi di epidemia, la dissenteria passa alla cronicità, e questa avviene dal ventesimo quinto al trentesimo giorno. Allora si osservano dolori, tenesmo come nella forma acuta; le materie escrete, meno spesso sanguinolenti, hanno un aspetto purulento, sono fetidissime; il ventre è ora teso e meteorizzato, ora invece è contratto; l'appetito è negativo o pure vorace, irregolare e sfrenato. Gli errori dietetici che la maggior parte de' malati commettono, sono le principali cause che rendono perpetua la malattia. La dissenteria cronica raramente siegue un corso uniforme, ma offre delle alternative di esasperamento e di remissione; però il demagramento tosto fa rapidi progressi; hanno luogo gl' infiltramenti, e la morte avviene in uno stato di marasmo, senza che le facoltà intellettuali abbiano subito il meno attacco. Nella dissenteria cronica si possono osservare le stesse complicanze epatiche come nella forma acuta.

Durata. — La dissenteria dura più o meno lungo tempo; se è benigna, comunemente termina al quarto o ottavo giorno. Nella forma grave, questa durata varia da uno a tre settenari. La morte raramente ha luogo prima dell'ottavo o nono giorno; in alcuni casi di epidemie però, molti malati muoiono al terzo giorno. Ciò si osserva sopra tutto nelle regioni intertropicali, dove la dissenteria è più intensa e più rapida nel suo andamento. La dissenteria cronica dura indeterminatamente, può durare alcuni mesi soltanto, e prolungarsi per molti anni, specialmente se non è molto intensa.

Diagnosi. — La diagnosi della dissenteria è quasi sempre facile: i dolori, il tenesmo, l'escrezioni stentate d'un muco sanguinolento, formano un insieme di sintomi capaci di essere

osservati in questa affezione soltanto. Pur tuttavia possono anche osservarsi ad un certo grado nel cancro del retto, e nelle emorroidi interne ulcerate. Vedremo però che tra queste e la dissenteria esiste tale dissimiglianza, in modo da riuscire impossibile una confusione. Diremo altrettanto della colica saturnina e del colera morbo. Finalmente nelle differenti specie delle enteriti non si osservano le stesse evacuazioni: in queste affezioni le evacuazioni sono gialle o verdi, ed emesse in gran copia e senza tenesmo, mentre le materie dissenteriche, sempre poco abbondanti, sono mucose, sierose, puriformi, più o meno miste a sangue.

Per stabilire la diagnosi delle lesioni, quella della natura e della sede bisogna attentamente esaminare le eiezioni. Annesley à stabilito in fatti che quando le ulcere si formano, gli scarichi, che prima erano viscosi, gelatinosi e striati di sangue, addiventano sierosi, fangosi, e contengono de' grumi. Il sangue escretato è più nero, spesso altro non è se non che una sanie icorosa con delle strie apparentemente puriformi. Del sangue emesso puro e distinto dal resto della escrezione, si conosce che una larga ulcerazione esiste alla parte inferiore dell' intestino crasso.

Pronostico. — La dissenteria semplice sporadica, specialmente apiretica, termina quasi sempre felicemente; non però così avviene quando è epidemica, specialmente quando incrudelisce in una grande moltitudine di uomini; o quella che regna ne' climi caldi. Così Desgenettes à osservato in Egitto che la dissenteria uccideva più uomini della peste istessa; il Signor Cambay stabilisce che, in una parte dell' Algeria, la dissenteria occasiona la morte più di quello lo fanno le amputazioni delle gambe e delle braccia, poichè, secondo lui, uccide il quarto de' soldati che ne sono assaliti. La decomposizione della fisionomia, la prostrazione, la piccolezza del polso, il singhiozzo, le deiezioni fetide, nere o puriformi, l'uscita delle membrane dall' intestino, sono sintomi che indicano un gran pericolo. La dissenteria cronica è pure gravissima quando regna negli accampamenti, nelle prigioni, poichè si calcola la mortalità di 80 su cento. Quando vi è coincidenza di reuma con dissenteria, secondo il Signor Thomas, sarebbe una circostanza pericolosissima.

Etiologia. — La dissenteria è comune a tutte le età; forse è più frequente nell' adulto e nel vecchio; colpisce più spesso gli uomini; s' ignora però quale influenza esercitano le diverse costituzioni sullo sviluppo della malattia. La dissenteria incrudelisce in tutte le stagioni ed in tutti i paesi del globo. Però è più frequente in autunno o verso la fine dell' està, ed è più comune ne' paesi intertropici; ivi è affatto endemica, ed ucci-

de più individui di qualunque altra malattia di queste contrade. Regna specialmente in quei luoghi dove sono frequenti gl' istantanei cambiamenti atmosferici. In questi paesi incrudelisce specialmente sugli stranieri non ancora avvezzi al clima, mentre gl' indigeni vi sono meno soggetti. La dissenteria è pure comune ne' luoghi dove regna un calore umido, come nella maggior parte delle Americhe, ed in quasi tutti i paesi paludosi durante la stagione calda; la febbre intermittente, e la dissenteria sono allora causate dagli stessi miasmi. Un gran numero di dissenterie epidemiche o sporadiche sono prodotte dall'uso degli alimenti di cattiva qualità, come le farine guaste, i legumi indigeribili, i frutti verdi, acerbi; mentre i frutti maturi, presi anche smodatamente, non producono questo inconveniente. La carne di porco, l'introduzione d'un'acqua corrotta, del vino di cattiva qualità, l'abuso de' drastici, l'inspirazione dei vapori putridi, come quelli che producono le sostanze animali in decomposizione, hanno spesso determinato le gravissime dissenterie. Finalmente l'impressione del freddo, la fatica, il moto eccessivo, i patemi morali, sono altrettante cause che possono sviluppare la malattia. Come però osserva Zimmermann parlando della epidemia del 1765 tanto bene descritta, purchè le cause di cui parliamo spieghino la loro azione, bisogna necessariamente che una predisposizione particolare esista nell'individuo. L'azione di queste diverse influenze spicandosi su diversi individui, fa conoscere perchè la dissenteria regna spesso epidemica, senza che si potesse invocare il principio contagioso per rendersi conto della rapida propagazione della malattia. Gli autori però i più insigni, come Zimmermann, Pringle, Lind, Cullen, P. Frank, Pinel, Desgenettes, hanno sostenuto la dottrina del contagio. La maggior parte non considerano però la dissenteria come essenzialmente contagiosa, ma capace di esserlo in certe condizioni; così sarebbe tale quando regna epidemica, e quando un gran numero di uomini sono riuniti in luoghi insalubri. A noi sembra difficile cosa poter negare assolutamente la possibilità del contagio della dissenteria, specialmente trovandoci in opposizione di quelle autorità somme che lo hanno sostenuto; ma diremo però che quest'esito è un caso eccezionale, poichè non lo si osserva quasi mai quando la malattia è sporadica; probabilmente poi à luogo in certe epidemie gravi. A questo riguardo si leggono in Pringle ed in Zimmermann delle osservazioni di cui torna impossibile poterne stabilire il valore; mentre i fatti riportati dal Signor Gendron nel suo lavoro sulle epidemie de' piccoli luoghi, per provare il contagio della dissenteria sporadica, sono meno concludenti. Tra quelli che sostengono il contagio, pochi sono coloro i quali pensano che potesse aver luogo mediante i sudori, pel semplice contatto, e pel fiato; me-

tre tutti son di parere a considerare i miasmi che si esalano dalle materie alvine siccome la causa principale ed unica della trasmissione della malattia. Siccome molte altre affezioni contagiose, la dissenteria può manifestarsi moltissime volte nello stesso individuo; si può anche stabilire col Signor Cambay, che un individuo è tanto più disposto a contrarre la malattia, per quanto n'è stato molte volte affetto.

Cura. — Quando la dissenteria incrudelisce, bisogna sollecitamente allontanar le cause che hanno determinato o favorito lo sviluppo; così converrà distruggere tutti i focolari d'infezione, disseminando i malati per quanto è possibile, preservandoli dalle variazioni atmosferiche, e curando colle lavande e la ventilazione atmosferica la nettezza degli effetti, esponendoli alla rinnovazione dell'aria. La cura dovrà poi variare secondo il carattere della malattia. Quando la dissenteria è benigna si prescriverà un soggiorno in una dolce temperatura, l'astinenza completa da qualunque alimento, l'uso delle bevande mucilagginose, de' bagni, de' semicupi e de' cataplasmi emollienti sull'addome. Il solo rimedio alquanto attivo che bisogna impiegare è l'oppio; esso è specialmente attivo ne' casi di dissenteria apiretica; lo si amministra in pillole alla dose di 7 a 15 centigrammi di estratto gommoso, o pure per clisteri, ed allora si preferisce il laudano liquido di Sydenham (10 gocce, una o molte volte nel corso delle ventiquattr'ore). Pringle è però di contrario avviso, e stabilisce che mai la dissenteria deve esser trattata col laudano liquido prima che le vie digestive siano state sbarazzate con un metodo evacuante. I malati non prenderanno alcun cibo se non quando le coliche saranno completamente cessate e gli scarichi ventrali non saranno più sanguinolenti; i malati si limiteranno ad un regime severo anche dopo la guarigione, per la grande facilità colla quale la malattia va soggetta alle recidive.

Quando una viva reazione febbrile esiste, quando specialmente il polso è forte ed ampio e l'individuo giovane, l'oppio non deve affatto prescriversi a primo aspetto, purchè però i dolori non siano molto vivi; ma più probabilmente si ricorrerà al salasso generale, e si applicheranno anche sul ventre molte sanguisughe. Quando i segni di reazione saranno calmati, si completa la guarigione mediante l'oppio, purchè però qualche complicanza non ne controindichi l'amministrazione.

Nell'ultimo secolo specialmente, gli evacuanti (vomitivi e purganti) furono generalmente impiegati nella cura della dissenteria. Oggi è comune opinione che questi mezzi debbono soltanto amministrarsi per obedire ad una precisa indicazione, cioè quando esistono sintomi d'imbarazzo gastrico. Però non può rivocarsi in dubbio, che in un gran numero di epidemie, gli

evacuanti empiricamente amministrati, sono stati vantaggiosissimi. Crediamo che l'uso degli emetici e de' purganti non può essere sottoposto ad alcuna regola stabilita, e che fa d'uopo consultare prima di tutto il genio o la costituzione della regnante epidemia. Gli evacuanti sono stati in particolar modo raccomandati nelle dissenterie castrensi. Pringle era solito di dare, due o tre volte al giorno 25 centigramme d'ipocacuana, poi amministrava qualche lassativo dolce nel corso di tre o quattr'ore di seguito. L'olio di ricini, il calomelano ed i sali alcalini debbono esser preferiti; Cullen, partigiano de' purganti, sceglieva l'emetico, che amministrava in piccole dosi, e ad intervalli capici di fargli spiegare la sua azione catartica. Checchè ne sia bisogna sempre astenersi da' drastici.

Nelle dissenterie dette *maligne*, bisogna obediare alle indicazioni predominanti. Così in alcuni casi sono utili gli antiflogistici, ma in questa forma di malattia, bisogna usarne sempre con prudenza. Più frequentemente la prostrazione delle forze richiede l'uso de' tonici (vino, china). Zimmermann crede che la ipocacuana data a dosi rifratte in queste condizioni, è il vantaggio di sostenere le forze. Nello stesso scopo si applicano i vesicanti. Finalmente il muschio, la canfora, i bagni e le abluzioni serviranno a combattere gli accidenti nervosi o atassici. Disgraziatamente però i soccorsi dell'arte riescono inutili il più delle volte contro questa forma di dissenteria. Molti altri medicamenti sono pure stati raccomandati contro questa malattia; nessuno però può essere ancora giustificato da numerosi successi, così crediamo cosa prudente astenersene: tali medicamenti sono in particolare: la noce vomica, l'acido nitrico, il tabacco, l'acetato di piombo, i cloruri, il solfato di chinina. Quest'ultimo è soltanto indicato quando la dissenteria riveste i caratteri della febbre perniciosa; in questo caso, l'ho veduto agire eroicamente come nelle altre affezioni periodiche. Alcuni medici, specialmente Segond, Mondière, i signori Saucerotte e Bradier, hanno anche vantato oggi giorno l'amministrazione interna dell'albmina sotto forma di tisana (2 bianchi di uovo in 1.^a caraffa di acqua con zucchero) in pozione (1 o 2 bianchi di uovo nell'acqua distillata di lattuca o di tiglio), per clisteri, (la stessa quantità). Questo medicamento sembra essere stato utilissimo, forse riusciva come emolliente. Finalmente in questi ultimi tempi i signori Boudin e Trousseau sembra che abbiano impiegato alcune volte con vantaggio nella dissenteria i clisteri col nitrato di argento (5 centigramme per i ragazzi; 50 centigramme a 2 gramme per gli adulti). Questi clisteri amministrati nella epidemia di Versaglia del 1842 anno guarito, secondo i signori Massellot e Follet, molti malati i quali sembravano in preda alla morte; tra tutti i rimedi questo è quello che ha guariti i casi più disperati. (*Archives* del 1843.)

Per la cura della dissenteria cronica si seguiranno le regole precedentemente date parlando della enterite cronica. Si potranno impiegare contro di questa gli astringenti, però con molta prudenza; poichè dati senza misura da alcuni mediconzoli dell'ultimo secolo, sono stati la sorgente di moltissimi accidenti (Zimmermann). In questa forma di malattia il cambiamento dell'aria è utilissimo.

Si osservano malati, i quali benchè guariti dalla dissenteria, sono però continuamente tormentati dal tenesmo; bisogna allora indagare la causa di questo accidente, il quale può dipendere dalla ulcerazione del retto o dalla presenza di qualche scibala in questo intestino. Spesso però non esiste alcuna alterazione materiale; allora bastano uno o due lassativi per prontamente trionfare di questo sintomo incomodo, siccome mille volte l'ho io stesso osservato.

Natura. — La dissenteria è senza dubbio una infiammazione; ma se si riflette alla natura de' sintomi, alle cause produttive, ed alla possibilità del contagio, potrebbe classificarsi con alcuni autori, nel numero delle flemmasie specifiche.

INFIAMMAZIONI DELLE ANSE DEGLI ORGANI DIGESTIVI

DELLE PAROTITI

Secondo il linguaggio de' patologi, la parola *parotite* serve ad indicare un ingorgo acuto infiammatorio della glandola parotide, la quale ordinariamente si manifesta nell'aumento o verso il declinar di molte malattie gravi, come la peste, tifo di Europa, e di America, ed in alcuni casi di febbre tifoidea e di febbri perniciose. Le parotiti sono state distinte in *critiche ed acritiche*, secondo che la comparsa coincideva con un miglioramento ne' sintomi principali della malattia, o pure era seguita dall'aggravamento dello stato generale. Nell'uno e nell'altro caso la parotite costituisce un' affezione essenzialmente sintomatica. Può esservi soltanto una parotite, altre volte se ne formano due. Il gonfiamento è sempre considerabile, occupa tutta la regione parotidea, una parte del collo e della faccia; spesso è talmente considerabile da impedire l'allontanamento delle mascelle, da rendere incomoda la deglutizione e la circolazione cerebrale per effetto della pressione esercitata su' vasi del collo. Il tumore è più duro di quello dell'orecchione; qualche volta presenta tutti i caratteri de' tumori flemmonosi; altre volte la tumefazione offre un intassamento, e la pelle è violacea. Le parotiti o che siano critiche o acritiche, raramente si risolvono. In fatti quasi sempre suppurano, o spesso la gangrena si sviluppa. La suppurazione à quasi sempre luogo dalla parte esterna; alcune volte

pel canale uditorio ; spesso si è veduto il pus farsi strada lungo il collo sino nel petto. I differenti modi di terminare ed i caratteri del tumore fanno conoscere quale debba essere il metodo di cura da usarsi nelle parotiti.

Nella parolite , i granelli glandolari sono realmente affetti; ignoriamo però se primitivamente o consecutivamente al tessuto cellulare.

DELLA EPATITE

La parola *epatite* serve ad indicare le infiammazioni acute e croniche del fegato.

Storia — Questa malattia vagamente indicata prima di Galeno , meglio conosciuta dopo di lui , e specialmente dopo i lavori di Bianchi , di F. Hoffmann , da Van-Swieten e di Morgagni , è stata l'oggetto di alcune ricerche per parte de' moderni , tra i quali bisogna citare , in Francia i Signori Andral , Louis , Jourdan , Méral e Bonnet ; in Inghilterra si distinguono i travagli di Saunders , di Towing , e specialmente d'Annesley.

Caratteri Anatomici. — Forse non vi à organo della economia la cui infiammazione fosse tanto difficile ad esser caratterizzata anatomicamente quanto quella del fegato. La maggior parte degli autori , specialmente i moderni , àno avuto il torto di voler troppo spesso stabilire l'esistenza d'una infiammazione dietro uno o due caratteri affatto insufficienti. Così si è parlato di una congestione attiva la quale potendo essere abbastanza intensa per produrre delle emorragie interstiziali , o una esalazione di sangue nel peritoneo , e che costituirebbe il primo grado della flemmasia. Il fegato più ingorgato di sangue del solito , offre in tutta la sua estensione , o in un punto più o meno circoscritto , un colorito d' un rosso più o meno carico , uniforme o sottilmente ponticchiato , ed accompagnato spesso da un aumento nel volume dell' organo ; e ciò spiegasi per la grande quantità di sangue che contiene , anziché per una ipertrofia o per eccesso di nutrizione al quale il suo tessuto sarebbe andato soggetto. Sono affatto alieno dal voler negare che la infiammazione potesse al suo sviluppo produrre nel fegato le due alterazioni enunciate ; ma siccome queste si sviluppano il più delle volte indipendentemente da qualunque lavoro infiammatorio , e solamente sotto l' influenza d' un ostacolo nella circolazione ; e siccome niente può far distinguere l' una dall' altra , la congestione meccanica da quella che è vitale ; ne siegue che l' iniettamento del fegato accompagnato o pur no da aumento nel volume dell' organo non potrebbe giammai considerarsi come l' indizio di una incipiente epatite. Ciò che è detto

della congestione deve anche applicarsi a certe alterazioni di nutrizione spesso osservabili nel tessuto del fegato. In fatti questo si osserva ora secco e friabile, il più delle volte rammollito, facile a penetrarsi col dito. Queste lesioni esistono isolatamente, o coincidono coll' inieffamento del tessuto; ma nell' uno come nell' altro caso, siamo di parere, come il Signor Louis, che queste diverse alterazioni non potrebbero esser considerate come una prova *certa* d' una epatite, a meno che non esistesse nello stesso tempo una certa quantità di pus, o che anche durante la vita non fossero stati osservati i sintomi che caratterizzano una infiammazione acuta dell' organo. Quindi dunque la sola presenza del pus nel fegato può caratterizzare anatomicamente una epatite. Questo liquido può essere soltanto infiltrato, ma il più delle volte è riunito in un focolo ed anche molti di forma e dimensioni variabili. Nel primo caso si osservano delle piastre più o meno estese, dove il tessuto del fegato indurato o rammollito ha preso una tinta biancastra o giallastra dipendente dalla presenza del pus. Questi noccioli sono spesso isolati, limitati mediante una falsa membrana albuminosa che forma la membrana interna del focolo, subito che il nocciolo rammollito si è trasformato in una collezione purulenta. Questi ascessi del fegato sono gli uni superficiali, gli altri profondi, che occupano allora il centro dell' organo. L' uno di essi può invadere tutto un lobo (il dritto specialmente); si è anche veduto il fegato ridotto simile alle sue membrane d' involucro, convertito in una vasta cisti purulenta (Bontius). Il pus è quasi sempre bianco, flemmonoso; più raramente verdastro, o pure offre un colorito rosso di feccia di vino o bruno cioccolato, a causa del miscuglio col sangue e col detritus della sostanza del fegato. In quest' ultimo caso, il liquido rassomiglia moltissimo all' acqua di carne lavata. La sua quantità varia di molto; comunemente è di 50 o 60 gramme. L' abbiamo osservata una volta al peso di 1,500 gramme, e si cita pure un caso in cui il fegato conteneva sino a 4 ed anche 5 chilogramme 1/2 di pus. Molti di questi ascessi, anche quando sono recenti, sono chiusi in una borsa a forma di cisti; in altri il pus bagna immediatamente il tessuto del fegato, il quale è rosso, rammollito, friabile; raramente trovasi intatto attorno alla collezione purulenta; allora sembra essere soltanto schiacciato, compresso dal liquido stravasato. La cavità dell' ascesso è libera, o pure tramezzata da chiusure incomplete, da detritus galleggianti, i quali indicano la preesistenza di molte piccole collezioni purulenti confuse in una sola. Gli ascessi del fegato, se occupano la superficie, possono formare delle aderenze cogli organi vicini; ciò però a luogo soltanto dopo molto tempo, ciò che si spiega per la capsula fibrosa di Glisson, la quale per lungo tempo si oppone alla propagazione della flem-

masia alla membrana peritoneale. Gli antichi hanno molto parlato della cangrena del fegato; però questa lesione è eccessivamente rara: il Signor Andral ne ha osservato un solo esempio: nel caso ch'egli rapporta, l'escara si era formata attorno dell'ascesso.

Quando l'epatite è parziale, la bile offre a poco presso le sue qualità normali; in alcuni casi però, è sierosa, giallastra, sanguinolenta. Le alterazioni consecutive degli organi digestivi (inietamenti, rammollimenti) non sono tanto comuni nella epatite quanto nel corso delle altre malattie acute e croniche, almeno nel nostro clima. Non però così avviene ne' climi caldi, dove è frequente osservarsi, in quelli morti per un ascesso epatico, delle numerose alterazioni nell'intestino crasso, causate dalla dissenteria, la quale ha preceduto o accompagnato lo svolgimento dell'affezione del fegato.

Sintomi, e corso. — L'epatite, siccome tutte le altre malattie acute, si manifesta bruscamente, ora presenta alcuni prodromi. Ne' paesi caldi spesso è preceduta da dissenteria. I sintomi che la caratterizzano sono gli uni locali; gli altri generali. Uno de' più importanti tra i primi è un dolore il più delle volte ottuso, qualche volta vivo, lanciaante, specialmente se l'epatite è superficiale. Questo dolore occupa tutto l'ipocondrio, o pure circoscritto all'epigastrio, verso le coste spurie, o sopra un punto qualunque dell'ipocondrio diritto. Si propaga più o meno, specialmente alla parte posteriore, lungo la colonna è qualche volta risuona, ma in casi eccezionali, sino alla spalla destra e lungo il collo, lo che si spiega pel nervo diafragmatico, il quale ha qualche rapporto col ligamento coronario del fegato. Questo dolore è continuo, esacerbante; la pressione lo esaspera, specialmente quando l'epatite occupa la parte convessa dell'organo; lo stesso accade dietro la inspirazione, la tosse, ed i movimenti del tronco. Questi in generale sono difficili, e molti malati non potendo conservare una posizione verticale, camminano col tronco in uno stato permanente di flessione; la maggior parte, quando sono coricati, rimangono supini o un poco inclinati sul lato diritto. Tosto si avvera che l'organo acquista un volume più considerabile. Questo aumento del fegato non è costante, come altri han detto, ma a luogo il più delle volte. In questi casi, l'ipocondrio destro è dilatato, e la percussione come anche il tatto fanno conoscere un aumento più o meno grande nel diametro verticale dell'organo; questo si avverte distintamente per molte dite trasverse al di fuori delle coste. Non è però raro vedere fegati i quali, benchè abbiano acquistato un volume considerabile, non protuberano affatto al disotto dell'arco costale. In questi casi, lo sviluppo dell'organo ha luogo dal basso in alto, a spese della parte destra del petto, ed allora la percussione sola, o coll'aiuto dell'ascolta-

zione determina il grado di protuberanza che forma in questa cavità. D'altronde questo aumento di volume può essere parziale o generale: è desso che spiega il senso di peso che la maggior parte de' malati provano indipendentemente dal dolore; senso che essi dicono provare allo sterno, all' epigastrio o agli attacchi del diaframma. La segrezion biliare è frequentissimamente modificata; così si osservano spesso vomiti biliosi ed una tinta itterica generale o circoscritta alle sclerotiche. A cose eguali d'altronde, questi accidenti sono più comuni ne' paesi caldi che ne' climi temperati. Indipendentemente da' disturbi la lingua è sporca e biancastra; vi è sapore amaro; la sete è variabile, vi sono nausee, singhiozzi, vomiti, costipazione o diarrea; le materie alvine sono ora scolorate, ora fortemente tinte di bile, in alcuni casi sono nerastre o sanguinolenti; l'urina, meno abbondante, è carica. Molti malati tossono, si lagnano di dispnea, d'oppressione, accidenti i quali si spiegano il più delle volte per l'urto che il diaframma esercita, per la compressione del polmone e per la dilatazione incompleta per parte del torace nel suo diametro verticale. Nello sviluppo, il polso può conservare la sua frequenza, quasi sempre però si accelera ed addiviene ampio e forte; raramente lo si osserva depresso, irregolare. La febbre più o meno intensa, è continua; qualche volta si manifesta sotto forma di accessi, e può simulare una febbre intermittente o remittente. Finalmente il sistema nervoso è più o meno attaccato, siccome lo dimostrano, la cefalalgia, le stitature, la perdita delle forze. In alcuni casi si osserva il delirio, l'agitazione, la veglia e de' sintomi adinamici.

Tale è la fisionomia generale della epatite: però la sede della malattia ed alcune altre circostanze spesso difficili a potersi valutare, determinano la manifestazione ed il predominio di alcuni sintomi. Così, quando la infiammazione occupa la parte convessa del fegato, predominano il dolore ed i disturbi della respirazione; il più delle volte vi sono singhiozzi, mentre i sintomi gastrici sono poco marcati. Avviene il contrario nella epatite della parte concava, la quale è rimarcabile per la tensione epigastrica, per la tinta itterica, per le nausee ed i vomiti. L'epatite centrale, cioè quella circoscritta nel centro d'un lobo, produce soltanto sintomi locali poco distinti e forse negativi; allora la malattia è veramente latente, mentre se la flemmasia occupa la superficie (epatite erisipelatosa degli antichi), si propaga il più delle volte alla membrana peritoneale corrispondente, ed allora si osservano tutti i sintomi d'una peritonite circoscritta, sintomi talmente predominanti, che possono mascherare quelli che appartengono alla stessa epatite. Finalmente nei paesi caldi, l'epatite si associa più frequentemente a sintomi atassici ed adinamici di quello non accade ne' nostri climi, e ciò

dipende forse dal perchè la malattia il più delle volte si complica alla dissenteria ed alle altre lesioni gravi per parte degli organi digestivi. Forse l'opinione data dal signor Bonnet, cioè che l'epatite acuta non potrebbe mai estendersi ad un alto grado d'intensità senza propagarsi al peritoneo ed alla mucosa gastro intestinale, non si applica che per i climi caldi. Questa proposizione attende novelle osservazioni per essere meglio lucidata.

Corso durata. — Le precedenti circostanze non solo influiscono sull'aspetto della malattia, ma pur anche sul suo corso e sulla sua durata; quindi è che ne' climi caldi, l'epatite siegue un andamento più acuto. Si dice che lo stesso abbia luogo quando la malattia occupa la faccia concava dell'organo. Ne casi ordinari, l'epatite non dura oltre tre settimane.

Esiti. — L'epatite può terminare per risoluzione, o esser seguita dalla suppurazione e dalla cangrena; qualche volta passa allo stato cronico. La risoluzione avviene per lo più dal settimo al quindicesimo giorno. Si dice che spesso era preceduta da qualche fenomeno critico, come l'epistassi, i scarichi ventrali biliosi; le urine o gli abbondanti sudori, e secondo Soemmerring, da un leggiero gonfiamento doloroso della milza; nulla però esiste di ben dimostrato a questo oggetto. La guarigione è quasi sempre completa; non per tanto alcuni malati conservano ancora per lungo tempo un incomodo ed un senso di stiratura quando vogliono raddrizzare il tronco: ciò dipende ordinariamente dal perchè delle aderenze si sono stabilite tra i due strati opposti del peritoneo. La cangrena, come già lo abbiamo detto, è un esito rarissimo, e quasi tutti i medici considerano la istantanea prostrazione delle forze, l'acceleramento e la piccolezza del polso siccome prodromi d'un simile accidente; allora la morte è inevitabile, ed a luogo rapidamente in mezzo a tutto l'apparato de' sintomi adinamici ed atassici.

La suppurazione sembra essere un esito frequente della epatite. Quando il pus si forma, il dolore diminuisce o finisce, la febbre cade, i malati accusano un semplice peso nell'ipocondrio, il quale è un poco teso e pastoso. Spesso vi sono brividi erratici, alcuni sudori notturni, e de' raddoppiamenti febbrili irregolari. La itterizia, come lo nota il signor Haspel, si osserva soltanto eccezionalmente nel corso degli accessi epatici. Questo medico pensa, col professor Cruveilhier, che questo accidente, quando a luogo, dipende meno dalla malattia che dalla compressione de' canali biliari per effetto del fluido stravasato. Alcuni di questi malati si guariscono incompletamente, cioè che la febbre finisce completamente, l'appetito rinasce, ma la debolezza persiste nello stesso modo, spesso i malati continuano a dimagrire; d'altronde in questi casi si osserva che il fegato rimane più vo-

luminoso, ed alcune volte si riconosce l'esistenza d'un tumore fluttuante protuberante sotto l'arco costale. Allora si osserva facilmente che i malati non possono nè alzarsi, che coricarsi orizzontalmente, forse per le aderenze che si sono formate.

È indubitato che gli ascessi del fegato possono terminare per assorbimento. I signori Casimiro Broussais e Cambay hanno citato de' fatti che lo dimostrano; la cosa però è rarissima. Quando la vita si prolunga bastantemente, il pus finisce quasi sempre col farsi strada di per se all'esterno. Si è detto che, quando i canali biliari un poco voluminosi stavano in vicinanza dello ascesso, il pus vi poteva penetrare, ed essere mandato fuori per lo intestino, seguendo lo stesso meccanismo della bile (Sanaders). Nella maggior parte de' casi però, l'ascesso del fegato termina coll'apertura. Questa può aver luogo nel peritoneo, e provocare allora una peritonite perperacuta e mortale in poche ore; ma il più delle volte, l'ascesso si apre nell'organo vicino, forse dopo aver stabilito delle aderenze collo stesso. Quindi è che si veggono gli ascessi del fegato aprirsi nello stomaco; nel secondo arco del duodeno, nel colon trasverso o nella parte superiore del colon ascendente; o pure portandosi verso il petto, si spande nel pericardio, nella pleura, e più facilmente si scaricano ne' bronchi dopo l'ulcerazione de' polmoni. Situati verso la vena cava e la vena porta, possono ancora aprirsi nella loro cavità dopo aver ulcerato le pareti di questi vasi; allora il pus mescolandosi al sangue, produce accidenti d'infezione rapidissimamente mortali; la morte sembra in questo caso essere stata istantanea. Finalmente la suppurazione può farsi strada a traverso le pareti dell'ipocòndrio destro, o pure il pus scavando più oltre, va a formare degli ascessi sintomatici all'ombelico, al cavo dell'anguinaglia, sul dorso e sin anche nell'ascella. Il punto verso il quale il pus si dirige è determinato dalla sede dell'ascesso e dalla disposizione delle parti vicine.

I sintomi che precedono, annunziano ed accompagnano la rottura d'un ascesso del fegato, variano moltissimo secondo il punto in cui si opera. Quindi quando l'ascesso si è fatto superficiale e contrae delle aderenze colla pleura o col peritoneo, si osservano spessissimo i segni d'una pleurisia o d'una peritonite circoscritta: spesso esistono sintomi di compressione per parte dell'organo col quale l'ascesso forma delle aderenze. Così si osservano vomiti quando l'ascesso si appoggia allo stomaco; abbiamo osservato la compressione del colon prodotta da questa causa, determinare tutti i segni dell'ileo. Se il pus finalmente si porta verso i polmoni, il suono si rende oscuro, il rumore respiratorio diminuisce alla base del torace, poi si scorge un rantolo crepitante; questo si fa più grande e più umido; si avvicina all'orecchio; finalmente si osserva un vero go-gogliamen-

to quando il cavo che si è formato nel fegato e nel polmone comunica co' bronchi (1).

L'apertura dell'ascesso che avviene in un organo cavo, in generale è improvvisa. Siccome per lo più a luogo a larga apertura, o diviene tale prontamente, ne siegue che essa ordinariamente coincide coll'appassimento del tumore, fenomeno il quale si osserva facilmente ogni qual volta l'ascesso proturbera alle parte esterna. Tosto si manifestano vari accidenti secondo l'organo in cui il pus si è stravasato. Quando si è portato nello stomaco, spesso viene espulso mediante i vomiti; se si getta nell'intestino, si evacua mediante le eserezioni ventrali; se poi si è fatto strada nel polmone, eccita la tosse e vien rigettato dalla bocca. Allora, mediante l'ascoltazione, si avvertono nella regione del fegato i segni fisici d'un vasto cavo (gorgogliamento, soffio cavernoso, anforico, suono metallico). Subito dopo i malati si sentono sollevati. In alcuni la suppurazione finisce a poco a poco dopo aver perdurato qualche tempo, e la convalescenza si manifesta. È certo che gli ascessi del fegato possono guarirsi, ed io stesso ne ho osservato un esempio; ma forse ciò si avvera nella minima parte de' casi; in fatti è cosa rarissima, in anatomia patologica, osservare le cicatrici del fegato. Il signor Louis confessa non averne mai veduto, ed io penso con lui, contro l'opinione del signor Méral, che non potrebbero considerarsi come tali quelle produzioni fibrinose a forma di stella, le quali qualche volta esistono alla superficie dell'organo. Chechè ne sia, è certo che nella maggior parte de' casi, specialmente quando l'ascesso occupa una grande estensione, gli accidenti per un momento sospesi continuano ad aumentarsi, e la morte si presenta in mezzo a' sintomi adinamici o atassici comuni agli assorbimenti purulenti, o pure lentamente coll'apparato sintomatico delle febbri etiche (*phthisis hepatica* degli antichi). D'altronde risulta, dalle osservazioni d'Annesley, e del signor Haspel, che la posizione degli ascessi influisce moltissimo sul loro andamento. Quindi, in generale, quelli che sono profondi hanno un corso insidioso, lento, cronico, mentre quelli superficiali si manifestano sotto una forma acuta.

Complicanze. — L'epatite che domina ne' climi caldi è raramente malattia semplice; quasi sempre si dice complicarsi alla gastro-duodenite, alla dissenteria, alla peritonite, alla febbre intermittente, più raramente alla polmonia o alla pleurisia.

Diagnosi. — L'epatite della parte convessa spesso è stata confusa colla pneumonia; in fatti il dolore del lato, la tosse, l'ansietà, la febbre e l'itterizia sono accidenti comuni all'una

(1) Vedi il Trattato della pneumonia.

ed al'altra; aggiungiamo che, nella epatite, il fegato svellendosi verso il petto può produrre il suono matto ed indebolire ed anche sospendere il mormorio vescicolare in una certa estensione. In questo caso però, la polmonia potrà distinguersi dagli sputi aggomitolati, dalla crepitazione e dal soffio tubario; nel tempo stesso l'esistenza del soffio, dell'ecofonia, e la possibilità di far variare il suono ed i sintomi d'ascoltazione comuni alla pleurisia ed alla epatite, faranno distinguere queste due affezioni, indipendentemente da lumi che ci saranno dati dagli altri sintomi e dallo stato generale. La gastrite perperacuta differisce dalla epatite per la mancanza della itterizia, pel dolore vivo che à sede all'epigastrio, per la intensità della sete e pel numero de' vomiti; questi sono soprattutto suscitati dalla introduzione de' liquidi. Nella gastro-duodenite si dice esistere de' disturbi per parte della segrezion biliare e particolarmente della itterizia; ma il fegato conserva il suo volume, come è facile esserne convinti mediante il tatto e la percussione. Vedremo in seguito esser cosa impossibile poter confondere l'epatite colle coliche epatiche o nefritiche. La diagnosi differenziale della epatite con la febbre gialla, biliosa e remittente de' paesi caldi, non offre alcuna difficoltà; d'altronde si abbia presente ciò che abbiamo detto precedentemente alle pagini 91 e 194. Gli accessi del fegato saranno facilmente distinti da' tumori idatici e da quelli formati dalla vescichetta, per i sintomi locali e generali che li precedono, pel loro andamento in ragione dell'edema e della pastosità che producono (Vedi *Idatidi del fegato*).

Pronostico. — L'epatite è malattia sempre grave, è più pericolosa ne' climi caldi, specialmente quando assale individui non abituati al clima. L'esito della suppurazione deve sempre aggravare il pronostico; l'apertura dell'ascesso a traverso le pareti addominali è preferibile a quella che si stabilisce in un organo cavo.

Etiologia. — L'epatite è eccessivamente rara nel nostro clima; al contrario è comunissima ne' paesi intertropicali, senza però poter dire se dipende specialmente dal calore, dalle variazioni della temperatura o dall'alimento. I nostri chirurghi militari osservano frequentemente in Africa questa malattia; secondo uno di essi, il Signor dottor Haspel, gli accessi del fegato sarebbero tanto comuni ad Orano quanto nelle Indie; ciò risulta da un eccellente lavoro, inserito da questo medico nel cinquantesimo quinto volume *des Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*. Checchè ne sia, l'epatite, rara prima della pubertà, colpisce frequentemente gli uomini; s'ignora però quale influenza esercitano il temperamento e la costituzione. Han detto che i miasmi paludosi, che l'uso delle acque stagnanti, che gli abusi de' liquori spiritosi e le pas-

zioni triste potevano provocare la malattia; nulla però esiste di certo a questo riguardo. Nel nostro clima l'epatite è quasi sempre traumatica, ed in alcuni casi rari in cui è spontanea, comunemente è primitiva. In qualunque paese, la malattia succede raramente ad una flemmasia gastro-intestinale, specialmente ad una duodenite: la contraria opinione era professata da Broussais e dalla sua scuola.

Cura: — La cura della epatite deve essere essenzialmente antiflogistica; serviranno di norma le regole stabilite antecedentemente. In generale torna utile fare agir di conserva i salassi generali e locali; questi si praticheranno all'ipocondrio diretto o all'ano; si prescriveranno i cataplasmi emollienti, i bagni prolungati, le bevande temperanti. Bisognerà favorire la lubricità del ventre mediante i clisteri, ed anche meglio coll'amministrazione de' blandi lassativi. Quando il metodo antiflogistico sarà esaurito, ed anche prima, bisognerà impiegare le preparazioni mercuriali; quindi si faranno le frizioni sull'ipocondrio coll'unguento napoletano, e si amministrerà all'interno il calomelano a dose rifratta (1, 2 o 4 gramme nel corso delle ventiquattr'ore). Quando il pus si è formato, bisogna provocarne l'assorbimento, o richiamarlo verso la superficie della pelle; in questo scopo si applicheranno gli esutori (cauteri e setoni) sull'ipocondrio, insistendo su i purganti, purchè l'uso venga permesso dallo stato degl'organi digestivi. L'ascesso facendosi superficiale, non si praticherà l'apertura se non che quando sarà evidentemente dimostrato che trovasi aderente alla parete addominale anteriore; di ciò si sarà convinti se la fluttuazione è superficiale, vicina alla pelle, o almeno se l'edema del tessuto cellulare sottostante al tumore è ben dimostrato. Sul menomo dubbio, non bisogna procurare l'uscita del pus mediante lo strumento tagliente, ma sibbene si penetrerà nel focolaro col caustico di Vienna; il quale verrà applicato conforme alle regole che saranno esposte nel secondo volume, quando tratteremo de' tumori idatici del fegato. In tutt'i casi, bisogna assicurarsi mediante la percussione che nessun organo cavo si trova frapposto tra l'ascesso e le pareti. Morand riporta un esempio d'un ascesso della parte concava del fegato disposto in modo, che spingeva lo stomaco al di fuori, in guisa che se una incisione fosse stata praticata durante la vita, sarebbe stato necessario incidere questo viscere prima di arrivare al focolaro.

DELLA EPATITE CRONICA

Torna quasi impossibile poter tracciare l'istoria della epatite cronica, tanto sotto il rapporto anatomico patologico quanto sotto quello della sintomatologia, volendoci attenere a pochi do-
*

cumenti che fin ora possediamo. Esporrò in questo luogo quel poco che conosciamo su questa malattia, la quale ora è primitiva, altra volta consecutiva dello stato acuto.

Anatomia patologica. — Per un certo tempo, e sotto l'impero della dottrina fisiologica, i medici avevano indistintamente compreso, sotto il nome di epatite cronica, quasi tutte le alterazioni della struttura del fegato, incominciando dall'infiammamento, il rammollimento e l'induramento, sino all'atrofia, alla ulcerazione, alla degenerazione adiposa ed ai prodotti cancerigni. Questa confusione non più esiste oggi giorno; pur tuttavia torna impossibile precisare per quali caratteri l'epatite cronica verrà distinta sul cadavere. Una congestione sanguigna comunque intensa non basta, quantunque questa lesione potesse per se sola causare la morte. Lo stesso si dice della diminuzione nella consistenza dell'organo, che mille volte abbiám veduto sopravvenire indipendentemente da qualunque lavoro infiammatorio; dirò quasi altrettanto dell'induramento. Se però la consistenza del fegato fosse considerabile, non ostante che il tessuto avesse conservato la sua organizzazione, se il colorito fosse alterato, e specialmente colpito da congestione, se il suo volume fosse aumentato, queste lesioni forse dipenderebbero da un lavoro infiammatorio cronico. Però possiamo soltanto dare semplici congetture. La suppurazione, quando esiste, è un segno certo della flemmasia, e può aver luogo tanto nella epatite acuta quanto nella cronica. In questa l'ascesso è sempre rinchiuso in una cisti, la membrana progenica è resistente, spesso formata da molti strati, e circondata da un tessuto durissimo, biancastro, grigiastro o rosso.

Sintomatologia, corso, esito. — Quelli affetti da una delle lesioni che generalmente si attribuiscono alla epatite cronica, provano per lo più un dolore ottuso, gravativo; la percussione ed il tatto fanno quasi sempre conoscere un aumento più o meno considerabile nel volume del fegato; questo impegnandosi allora verso il polmone, si spiega la dispnea della quale molti malati si lagnano. Le digestioni sono quasi sempre disturbate, si esiegono stentatamente accompagnate da dolori e da eruttazioni; ora vi è costipazione, ora diarrea; le materie fecali sono generalmente del colorito naturale, alcune volte sono grigiastre e possono contenere anche del sangue. La pelle è bianca, grigiasta e d'un giallo itterico, e quest'ultimo colorito va soggetto a grandissime variazioni; manca più spesso nella epatite cronica che nell'acuta. Il signor Haspel ha indicato l'itterizia come un sintomo eccessivamente raro negli ascessi del fegato. Han detto parimenti che nella epatite cronica la pelle era la sede di un'incomodo prurito. I malati sono languidi; la loro nutrizione è stentata; si fanno magri, poi nasce uno sviluppo nel ventre

per effetto d'uno spandimento di siero che à luogo nel peritoneo. Quando la malattia è arrivata a questo grado, la maggior parte degli ammalati muoiono senza neppure toccare il grado del marasmo, che si osserva in molte allezioni croniche, specialmente nella etica. Alcuni però si ristabiliscono lentamente, ma molti rimangono soggetti a frequenti disturbi dello stomaco; altri soffrono di tempo in tempo dei flussi sanguigni dall'ano, e provano delle recidive della malattia la quale finisce per ucciderli. Io stesso ò avuto il dolore di osservarlo alcuni anni fa in uno de' miei migliori amici, che diciotto mesi prima avca guarito da un ascesso al fegato.

Diagnosi. — L'epatite cronica potrebbe confondersi colle diverse lesioni organiche e con i prodotti accidentali del fegato; trattando però di ciascuno di essi, dimostreremo in che differiscono dalla epatite cronica.

Prognosi. — L'epatite cronica è malattia gravissima.

Cura. — Se l'individuo è robusto, se esistono dolori vivi e segni di congestione, sarà utile di ricorrere di tempo in tempo a qualche emissione sanguigna locale, che si praticherà all'ipocondrio o all'ano. Si manterrà il ventre lubrico con alcuni purganti salini. Se il fegato è voluminoso, bisognerà cercare di risolvere l'ingorgo coll'uso delle pommate e de' fondenti topici e de' risolutivi, come gli'empiastrì di sapone di Vigo, le pommate mercuriali e di jodo. Con questo scopo si amministra internamente il calomelano a dosi rifratte, sospendendolo solo quando eccita la salivazione. Gli alcalini sono stati pur anche raccomandati, come il sapone medicinale all'interno, il bicarbonato di soda amministrato sotto forma liquida, di bagni, di docciature sull'ipocondrio. I malati si assoggetteranno all'uso di alcune acque minerali, come quelle di Vichy, di Carlsbad, di Nérès, di Pougues, di Dourbon — l'Archambault. Ne' casi ostinati si applicheranno sotto l'arco costale i cauteri o la moxa. Se finalmente l'individuo abita ne' climi caldi, bisogna consigliarlo ad abbandonarli; in questo modo molti creoli delle nostre Antille, colpiti da epatite cronica ostinata, e dall'ascite, si sono ristabiliti venendo in Europa, o andando in altri punti dell'America meno caldi di quelli che lasciavano.

DELLE INFIAMMAZIONI DEGLI ORGANI DELLA SEGREZION DELLA BILE.

SPECIALMENTE DELLA INFIAMMAZIONE DELLA VESCICHETTA.

I condotti epatico, cistico e coledoco, come pure la vescichetta del fiele, possono isolatamente o simultaneamente infiammarsi. Tra tutte le parti però la cui riunione forma le vie

biliari, la vescichetta è quella che più frequentemente s'infiamma. Questa infiammazione è stata designata sotto il nome di *colecistite*.

Caratteri anatomici. — Quando la infiammazione occupa i condotti epatico, cistico o coledoco, questi canali sembrano più voluminosi; la loro membrana interna è rossa, gonfia, friabile, opaca, qualche volta ulcerata; se l'ulcerazione colpisce tutte le tuniche, succede un perforamento. Nella infiammazione della vescichetta, in generale si osserva, che quest'organo è più ampio, disteso da una bile alterata; ora mista ed ora no a calcoli; raramente la si trova contratta su di se stessa e contenente il pus; la sua membrana interna è rossa, spessita o assottigliata, friabile, ulcerata, cangrenata. Queste diverse alterazioni invadono quasi sempre le altre tuniche; quindi si trovano spesso le pareti della vescichetta doppie ed anche triple nella loro spessore, o pure assottigliate in modo da eguagliare la tela di ragno, altre volte seminate di escare, o perforate in seguito d'un travaglio ulcerativo il quale è proceduto da dentro in fuori. Questa partecipazione di tutte le tuniche al travaglio infiammatorio, si osserva in preferenza nella colecistite cronica. Allora esiste in generale alterazione dello stato retticolato della membrana mucosa; le pareti sono spessite, e tutte le tuniche sono confuse in una massa omogenea e come fibrinosa; l'organo contratto su di se stesso è atrofiato. Probabilmente molte oblitterazioni ed atrofie della vescichetta e de' condotti biliari non riconoscono altra origine ineno che la infiammazione acuta o cronica. Questa oblitterazione succede spesso al gonfiamento delle parti, altre volte alla cicatrizzazione d'una ulcerazione, che stabilisce un'aderenza reciproca delle superficie opposte. Le vie biliari, quando sono la sede d'una flemmasia acuta o cronica, contengono un maggiore o minor numero di calcoli.

Sintomi, corso, esiti. — Torna impossibile poter dare attualmente la storia sintomatica della infiammazione delle vie biliari. Checchè ne sia, ecco gli accidenti il più delle volte osservati. I malati provano un dolore vivissimo sotto l'arco delle costole spurie, il quale si aumenta sotto la pressione ed incomoda la respirazione ed i movimenti. Qualche volta avvertono a questo livello un tumore puriforme; nello stesso tempo vi sono nausea, vomiti, costipazioni ed una tinta itterica, specialmente quando un ostacolo permanente impedisce il corso della bile; finalmente la febbre è più o meno viva. Il corso della malattia il più delle volte è rapido, o lo è tanto più in quanto l'esito è più funesto. Questo è prodotto ora da una peritonite perperacuta consecutiva al perforamento della vescichetta; o pure a luogo in modo brusco, ed in questo caso non può sempre spiegarsi nè per i disordini anatomici nè per l'intensità de' dolori sofferti

durante la vita. Esistono nella scienza cinque o sei osservazioni di infiammazione delle vie biliari le quali anno in questa guisa causato una morte subitanea. L'esito può esser favorevole, o perchè la infiammazione si risolve, o perchè la vescichetta distesa dal pus, si vuota a traverso la parete addominale, o per lo intestino colon ed il digiuno. Quando l'apertura à luogo a traverso i tegumenti, il più delle volte sgorga con il pus un poco di bile, e quasi sempre un numero più o meno grande di calcoli biliari. La piaga può formarsi e riaprirsi soventi volte; essa rimane spesso fistolosa, senza che la salute ne sia notabilmente alterata. Questo era probabilmente un ascesso il quale per lo spazio di nove anni presentò a Thelesio da cinque o sei cento piccoli calcoli. Un fatto analogo è riportato dal signor Bonnet di Bordeaux.

Diagnosi. — Nello stato attuale della scienza, si potrebbe sospettare qualche volta una colecistite; ma torna impossibile poter dare una diagnosi certa a questo riguardo; quindi sarà spesso impossibile dire, se i sintomi che si osservano dipendono da una colecistite anzichè da una peritonite o da una colite epatica. Tutto ciò che ne dico in questo luogo si rapporta specialmente alla infiammazione de' condotti biliari. D'altronde è tanto più difficile riconoscere queste affezioni, in quanto che raramente si osservano primitive; in fatti in tutti i casi coesistono colle lesioni gravi del fegato o con diversi prodotti morbosi, specialmente con i calcoli. Se si forma un ascesso nella vescichetta, la diagnosi potrà fornire alcuni dubbj. Non si può credere un ascesso del fegato perchè, nel primo caso, il tumore è situato al di sotto delle coste spurie, sotto il muscolo retto, la fluttuazione è generale, essa è formata rapidamente e tosto si fa superficiale; mentre à luogo il contrario ne' casi di ascesso epatico. Diremo inoltre il come poter distinguere un ascesso della vescichetta dalla semplice distensione di questo serbatoio della bile.

Cause. — La colecistite raramente spontanea, à luogo il più delle volte nel corso delle malattie gravi o quando la vescichetta contiene corpi estranei, specialmente de' calcoli; questi agiscono ora per le loro ineguaglianze, ora pel passaggio da un punto all'altro, o pure perchè un colpo o una forte pressione anno avuto luogo sull'ipocondrio destro. Può anche darsi che un ostacolo esistendo nel canale coledoco o sul suo fragitto, la bile si accumula nella vescichetta e l'infiamma distendendola oltre misura. In fine la infiammazione non può esser mai consecutiva della flemmasia del duodeno, quantunque esistono soltanto a quest'oggetto semplici dati teoretici.

Pronostico. — Se si perviene a distinguere una colecistite, bisogna dare un pronostico gravissimo.

Cura. — La cura sarà essenzialmente antillogistica, e dovrà essere la stessa della epatite. Se la vescichetta, molto distesa, presentasse una protuberanza, bisogna aprirla sollecitamente col bisturi, purchè però si fosse certi che avesse formato delle aderenze colla parete addominale. Nel caso contrario si aprirà collo stesso metodo degli ascessi e degli acefalocisti del fegato (*Vedi Idatidi del fegato*).

DELLA PANCREATITE

La pancreatite sembra essere una malattia eccessivamente rara, e torna quasi impossibile, da quel che risulta da' fatti sin ora conosciuti, di poterne dare l'istòria sintomatica ed anche anatomica; pur tuttavia ecco tutto ciò che risulta dallo studio delle osservazioni riunite ed analizzate da' signori Bécourt (1), Mondière (2) e Raige-Delorme (3).

Nella pancreatite acuta, dicono, esservi febbre, un dolore costante con tensione ed anche tumor circoscritto al centro della regione epigastrica; gli scarichi ventrali sono liquidi, sierosi, e più o meno analoghi alla saliva; finalmente in alcuni casi si è veduto manifestarsi l'itterizia. Hanno ammesso che la pancreatite poteva terminare per risoluzione, o essere seguita dalla suppurazione, dalla gangrena e dall'induramento. Quando esiste ascesso, il pus può spandersi nel ventre, o farsi strada nello stomaco e nell'intestino.

La pancreatite è una malattia raramente primitiva; succede quasi sempre alla infiammazione di un organo vicino. Si dice pure che può esser simpatìca della infiammazione delle glandole salivari, ed in questo caso si osserverebbe una specie di equilibrio tra la segrezion pancreaticà e quella della saliva: così quando la saliva sgorga abbondantemente i sintomi locali della pancreatite, specialmente la diarrea, diminuirebbero o cesserebbero, mentre il contrario avrebbe luogo ne' casi in cui l'eccitamento degli organi salivari andrebbe a diminuire. La pancreatite è stata attribuita in molti casi all'uso del mercurio. Ma lo ripetiamo, tutto ciò che precede, deve essere considerato soltanto come semplici assertive; poichè nulla conosciamo di positivo sulla pancreatite acuta e cronica.

(1) Thèse de Strasbourg, année 1830

(2) Archives de médecine, année 1838

(3) Dictionnaire de médecine, t. XXIII, art. Pancreas.

DELLA SPLENITE

L'infiammazione della milza, o splenite, è un' affezione la quale sembra estremamente rara, e della quale ignoriamo in gran parte i sintomi ed i caratteri anatomici.

Anatomia patologica. — La milza è la sede di diverse alterazioni nel corso di molte malattie, specialmente nelle febbri intermittenti e nell' affezion tifoidea. Abbiain veduto che in queste piressie, aumentava di volume, il colore addiveniva più carico, e finalmente la sua consistenza era talmente diminuita da ridursi in una polpa, in pappa sotto la menoma pressione; queste lesioni sì profonde, come lo abbiain detto, sembrano indipendenti da qualunque infiammazione. Crediamo che i soli indizi certi d' un lavoro infiammatorio siano la presenza del pus, o l' infiltramento del tessuto dell' organo d' una materia fibro-albuminosa. Non parliamo di que' casi in cui gli ascessi della milza, coincidendo con le collezioni della stessa natura in diversi visceri, sonò sintomatici d' una infezione purulenta del sangue; poichè qui si tratta soltanto di ascessi idiopatici. Questi sono eccessivamente rari. Quando esistono, l' organo si trova ordinariamente aumentato di volume; quando la flemmasia si è propagata al peritoneo, appartiene più o meno alle parti vicine per effetto delle recenti adherenze. Il pus flemmonoso, omogeneo, o sanioso e misto al detritus della milza, è quasi sempre rinuito in uno o molti focolari superficiali o profondi, liberi o chiusi in una cisti. Nella maggior parte de' casi, esistono soltanto 10 a 20 gramme di pus; pur tuttavia si è veduto che questo pus può arrivare sino a 5 o 6 litri. Il focolaro purulento è ora isolato, o pure comunica mediante molte aperture collo stomaco, coll' intestino, colla pleura, col polmone, o colla superficie del corpo, o finalmente col peritoneo. Abbiain detto che invece del pus, spesso nelle areole della milza infiammata si deponeva una materia albuminosa, fibrinosa, concreta, molto consistente, la quale infiltra il tessuto quasi uniformemente, e che il più delle volte è depositata a guisa di piastre o di zone. Nelle spleniti parziali, abbiain veduto queste concrezioni, le quali formano una linea di demarcazione tra le parti sane e le parti ammalate.

Sintomi, corso, ed esito. — La splenite può manifestarsi bruscamente o dopo alcuni prodromi. Essa è caratterizzata da un dolore più o meno vivo, quasi sempre ottuso nell' ipocondrio sinistro, il quale si propaga qualche volta verso la spalla e la regione mammaria corrispondente. Il più delle volte la milza è aumentata di volume, e ciò si verifica mediante l' osservazione, la quale mostra un' ampiezza dell' ipocondrio sinistro,

col tatto, il quale fa conoscere che quest' organo oltrepassa l'arco costale, ma specialmente la percussione, la quale permette di circoscriverlo. L' ascoltazione non fornisce alcun risultato, a meno che la infiammazione avendo guadagnato il peritoneo, ed avendo prodotto delle false membrane, l' orecchio applicato a questo punto vi distingue un rumore di strofinio simile a quello che si avverte nella pleurisia. Quando l' organo ha acquistato un volume considerabilissimo, a luogo qualche volta uno spandimento ascitico, ed anche un infiltramento sieroso delle membrane inferiori, a causa dell' ostacolo che incontra la circolazione venosa. Alcuni altri accidenti pur anche si effettuano per la compressione che la milza esercita sugli organi vicini; come la dispnea, la tosse i vomiti. Avvi quasi sempre una febbre continua quando la flemmasia è intensa, e che offre de' raddoppiamenti regolari, in modo che si è pur detto di avere qualche volta osservato degli accessi affatto intermittenti. In generale la splenite non è accompagnata da alcun grave accidente, a meno che non invada tutto l' organo, e che non passi alla suppurazione; non dato certo però possediamo a questo riguardo. Altra cosa non sappiamo di più del corso e della durata della flemmasia. Questa il più delle volte termina per risoluzione, spesse volte per la suppurazione.

I segni che il pus esiste nella milza sono estremamente oscuri, e manca pure qualunque certezza, purchè però l' ascesso non sia superficiale. I freddi, i sudori notturni, il demagramento, possono soltanto far supporre la presenza del pus, senza però caratterizzarlo, e ciò quando a luogo dietro accidenti acuti. S' ignora se questo prodotto morboso, riunito in un focolaro nella milza, possa essere riassorbito; per lo più si vuota nello stomaco, siccome avviene pel fegato, nel colon, nell' uretere sinistro, nel peritoneo, nella pleura o ne' bronchi; l' apertura dell' ascesso a traverso le pareti addominali è uno degli esiti molto rari. Molte volte si è osservato il pus farsi strada più lungi, ed uscir fuori, per esempio, per un ascesso della vulva (Schlichting), forse fatto unico negli annali della scienza. Manca qualunque esempio autentico di splenite seguita da cangrena. Qualunque possa essere il punto del corpo verso il quale il pus si porta, l' ammalato prova tosto un sollievo dopo che questa evacuazione ha avuto luogo, e forse può essere seguito da un esito felice; il più delle volte però i malati cadono nel demagramento, si depauperano e muoiono dopo alcuni mesi in mezzo a' sintomi della febbre etica: in altri la morte a luogo subito dopo l' evacuazione del pus, la quale si opera sotto l' apparato de' più gravi accidenti; tale è il caso riportato nell' 82.º volume del *Journal de médecine*, d'un militare, il quale affetto per lo spazio di quattordici giorni da un' abbondante

vomito di sangue e di pus, accompagnato da sincope spaventevole, morì, e nell'autopsia cadaverica presentò una milza quasi distrutta, convertita in una saccocchia purulenta, la quale comunicava collo stomaco mediante una larga apertura del diametro d'una moneta da cinque franchi. Nulla conosciamo della splenite cronica.

Diagnosi. — Il dolore permanente ed i sintomi acuti faranno distinguere la splenite dalla semplice ipertrofia della milza o da' prodotti accidentali che si formano in questo viscere. Il dolore, il suono matto il quale può osservarsi molto in alto nel petto, l'indebolimento del mormorio vescicolare, finalmente la dispnea e la febbre potrebbero far confondere la splenite colla pneumonia ed anche colla pleurisia. Indipendentemente però dai segni di ascoltazione i quali, come la crepitazione, il soffio, la broncofonia e l'ecofonia, mancano affatto nella splenite; la percussione farà in oltre riconoscere che il suono matto dipende dalla milza, in quanto al sito che occupa, perchè circoscritto, e perchè è fisso, senza mai poter essere spostato mediante le diverse posizioni che s'imprimono al tronco. Diremo in seguito in che differisce la splenite dalla peritonite locale.

Ci sembra impossibile poter confondere un ascesso voluminoso della milza con uno spandimento ascitico: l'istoria però dell'Accademia delle scienze, per l'anno 1753, contiene un fatto unico di un giovane di diciotto anni, minacciato da una febbre tifica, il ventre del quale presentava lo sviluppo e la fluttuazione che osservasi nell'ascite. Una duplice puntura diede uscita a più di 8 caraffe di pus. Morto il malato, si assicuraron che la milza era talmente aumentata da estendersi dall'epigastrio sino al pube, ricoprendo così tutti i visceri addominali, aveva da circa 5 decimetri di lunghezza su 3 o 4 di larghezza, era incavata da una borsa che conteneva ancora una quantità immensa di pus e tappezzata da una membrana solida. Questo fatto curioso fu presentato all'Accademia delle scienze. In simil caso crediamo facil cosa poter stabilire la diagnosi differenziale da' commemorativi e dall'esame del malato. Così si potrà comprendere che la tumescenza del ventre in vece di succedere dal basso in alto come nell'ascite, comincia al contrario dall'ipocondrio sinistro, ravvicinandosi successivamente al pube. Colla esplorazione si conosce che la fluttuazione è più profonda e più oscura che nell'ascite; il liquido ed il suono matto non possono cambiar di sito facendo variare di posizione il malato. Il più delle volte palpeggiando accuratamente il ventre, si potranno precisare i limiti del tumore per la protuberanza più o meno sporgente; finalmente la percussione fatta con certe accuratezze sul tumore e la sua circonferenza, mostrerà dietro di esso la presenza del tubo digestivo, il quale non trovasi affatto spinto ver-

so l'epigastrio, come lo si osserva nell'ascite o nel caso di tumore che prende origine dal cavo de pube.

Nella 11^a distribuzione della sua *Anatomia patologica*, il Signor Cruveilhier à pubblicato sotto il nome di *splenite*, di *rammollimento acuto della milza*, molte curiosissime osservazioni d'individui morti dopo aver presentato soffocazione, angoscia, nausea, vomiti, polso mediocrementemente forte e frequente ed alcuni sintomi di remittenza. La milza si trovò suppurata in un caso, sciolta e grigiastra in un altro, nerastra e polposa in un terzo. Io stesso nel 1837 ò osservato col Signor Chomel in una giovanetta questo stesso apparato di sintomi gravi, con accidenti cerebrali, e nell'autopsia si rinvenne soltanto una splenite circoscritta, caratterizzata da un infiltramento fibro-albuminoso del tessuto. Sarà poi cosa regolare rannodare a questa debole lesione tutto l'apparato sintomatico sì grave che fu osservato durante la vita? In questo caso la splenite, come anche nelle prime osservazioni del Signor Cruveilhier non sarebbe forse una lesione secondaria d'una malattia indeterminata? Io lo suppongo. Per le altre osservazioni riportate dal dotto professore, sarei pure inclinato a volerle considerare come casi di rammollimenti non infiammatori, analoghi a quelli che spesso si osservano nelle malattie gravi, e specialmente nelle malattie d'infezione.

Pronostico. — Non ancora si può stabilire il grado di gravità della splenite; però quest' affezione è molto grave quando passa alla suppurazione.

Etiologia. — La splenite è raramente malattia primitiva; il più delle volte è prodotta da una causa traumatica, specialmente per un colpo sull' ipocondrio sinistro. Da ciò facilmente si conosce, perchè le febbri intermittenti anteriori, lasciando per conseguenza un volume maggiore della milza, costituiscono una vera predisposizione alla splenite, specialmente quando oltrepassa le coste spurie, perchè in questo caso si trova più esposta alle violenze esterne.

Cura. — La cura deve essere antislogistica. Purchè la gravità dei sintomi generali non reclamino uno o molti salassi generali, i locali mediante le sanguisughe dovranno essere preferiti, a' quali si associeranno i bagni, i cataplasimi, i dolci lassativi. Se gli accessi febbrili fossero regolarmente intermittenti ed anche remittenti, si amministrerà contemporaneamente il solfato di chinina, come suole praticarsi nella febbre periodica ordinaria. I purganti le preparazioni mercuriali per frizioni, e ad un periodo avanzato, sono anche indicati i vescicanti a titolo di rivellenti.

INFIAMMAZIONE DEGLI ORGANI DELLA RESPIRAZIONE

DELLA LARINGITE

Colla parola *laringite* o *angina laringea* suole generalmente indicarsi la infiammazione della membrana mucosa della laringe. Questa, perchè si presenta sotto diverse forme, avendo specialmente riguardo a' suoi sintomi, alle alterazioni anatomiche che la costituiscono, come pure al corso, è stata divisa in molte specie distinte cioè: *laringite semplice o mucosa*, *stridola*, *pseudo-membranosa*, e *sotto mucosa*; finalmente è stata ammessa la *laringite acuta e cronica*. Quest'ultima dovrà esser distinta in *cronica semplice*, ed in *cronica ulcerosa*.

DELLA LARINGITE ACUTA SEMPLICE O MUCOSA

Caratteri anatomici.— Le sole lesioni anatomiche che si osservano sono una rossezza della mucosa, la quale spesso è friabile e spessita. In quest'ultimo caso, si osserva una diminuzione nel calibro del tubo della respirazione. Questo stesso effetto potrebbe aver luogo se l'infiammazione avesse prodotto l'infiltramento sieroso o purulento del tessuto cellulare sotto mucoso. In alcuni casi di laringite, l'apparato follicolare si trova solamente infiammato (Cruveilhier); altre volte esistono delle ulcerazioni, ed anche delle pustole, superficiali; ciò si osserva, per esempio, nella laringite acuta che sopravviene nel corso del vaiolo.

Sintomi.— Nella maggior parte de' casi, la laringite acuta determina soltanto de' sintomi locali senza alcuna gravezza. La voce è costantemente alterata nel suo suono; essa è stridola, ineguale, il più delle volte rauca, qualche volta vi è completa afonia. I malati accusano pure un senso di calore e di bruciore nella laringe; provano al livello della glottide un pizzicore incomodo che eccita la tosse; questa è spesso penosa pel dolore cuocente che accompagna l'uscita istantanea dell'aria; manca affatto l'espettorazione, o soltanto è formata da sputi bianchi e densi. La pressione esercitata esternamente sulla laringe è qualche volta dolorosa, e risveglia spesso la tosse; lo stesso avviene sotto i movimenti della deglutizione, durante la quale l'epiglottide è respinta sull'apertura della laringe, che alcune volte comprime dolorosamente. Ordinariamente si osserva che a questo grado la laringite non produce nè mal'essere, nè febbre, nè alterazione nelle funzioni digestive.

Però in una forma grave, l'incomodo versò la laringe è maggiore; alcuni malati provano la sensazione d'un corpo estraneo il quale si oppone al passaggio dell'aria; la voce è fioca, sibilante, ed a luogo dopo grandi sforzi; alcune volte si

mente in distanza o ascoltando la laringe un rantolo mucoso tracheale più o meno rumoroso. Per poco però che questo incomodo della respirazione si prolunghi, la fisionomia esprime l'ansietà, essa è pallida, alterata; le labbra sono lividastre, gli occhi protuberanti, la pelle calda, il polso frequente e piccolo. Questi sintomi possono mai sempre aggravarsi; altre volte si calmano momentaneamente dopo che i malati hanno espulso alcuni spuli mucosi, opachi e filamentosì. Questi momenti però di sollievo sono brevi; tosto gli accidenti si aggravano maggiormente, e la morte à luogo quasi sempre prima dell'ottavo giorno, in mezzo a' sintomi di asfissia o di soffocazione. Il più delle volte però la malattia à un esito felice; i sintomi allora diminuiscono gradatamente e rapidamente di violenza; l'alterazione della voce è il solo disturbo che dura per qualche tempo alcune volte lunghissimo.

Diagnosi — Diremo in prosieguo come si potrà distinguere la laringite semplice dalle altre specie d'infiammazione della laringe. La forma grave della malattia non sarà confusa con un corpo estraneo nella laringe, perchè in quest' ultimo caso manca la febbre, perchè i conati di tosse, i quali sono estremamente violenti, e la soffocazione istantanea in mezzo alla perfetta salute, e perchè finalmente gl' intervalli della calma sono più interrotti che ne' casi d' infiammazione acuta grave della laringe.

Pronostico — La laringite è soltanto pericolosa quando è intensa; e più grave nel ragazzo, per la strettezza della laringe a questa età.

Etiologia — Quasi tutte le laringiti sono prodotte dall'azione del freddo e dell'umido; altre volte la malattia è consecutiva all'esercizio smoderato dell'organo della voce; più raramente essa vien determinata dalla inspirazione de' vapori irritanti come quelli dell'acido idroclorico, o dalla introduzione di bevande troppo calde che infiammano nel passaggio l'epiglottide o la glottide. La laringite è spesso epidemica; ma nulla dimostra che essa sia stata mai contagiosa. La forma grave si manifesta spesso nel corso del vaiuolo; essa è caratterizzata allora dallo sviluppo di numerose pustole nelle vie aeree, io ne ho osservati numerosi casi.

Cura. — Nella forma benigna della laringite, si consiglia il riposo dell'organo ammalato, una temperatura dolce ed uniforme. Si potranno usare i pediluvi irritanti e le bevande pettorali. Questi mezzi sono insufficienti nella forma grave. In fatti in queste le emissioni sanguigne sono indispensabili; dunque si aprirà la vena, e si applicheranno contemporaneamente molte sanguisughe sulla laringe. S'insisterà su' rivellenti cutanei, e se questi mezzi sono insufficienti, bisognerà produrre una scossa violenta mediante l'emeto-catarico; se malgrado questi rimedi

la soffocazione è imminente, o se le emissioni sanguigne non possono più praticarsi, bisogna stabilire una forte contro irritazione mediante larghi vescicanti applicati sulla nuca, o sulla laringe istessa, come anche all' estremità inferiori. Finalmente se la morte è imminente per lo sviluppo de' sintomi asfissiaci, bisogna ricorrere all' operazione della laringo-tracheotomia.

DELLA LARINGITE STRIDULA O PSEUDO-CRUP

La laringite detta stridula, in ragion del rumore che l'accompagna, può essere considerata come una varietà della laringite semplice; è caratterizzata specialmente dagli accidenti di soffocazione spesso spaventevoli; che ritornano ad accessi.

La laringite sibilante altro non è se non che il pseudo-crup o falso crup di alcuni autori; a questa si riportano pure molti fatti consegnati nelle raccolte scientifiche sotto il nome di *asma acuta o spasmodica, e di asma di Millar, di catarro soffocante, di spasmo della glottide, d' inspirazione rauca de' fanciulli*. Questa malattia è stata studiata molto accuratamente da Wichmann, sotto il nome di *asmā spasmodica*; più recentemente è stata studiata in Francia da signori Bretonneau, Guersant, Rilliet e Barthez.

Sintomi, corso, esito. — La laringite stridola è indicata dal suo sviluppo ordinariamente improvviso; altre volte da una leggiera infiammazione catarrale della laringe. Tosto però gli accidenti propri della malattia si manifestano; comunemente anno luogo durante la notte. L'ammalato è risvegliato bruscamente da una tosse secca, sibilante, sonora o rauca, la quale spesso simula il latrare d'un cane giovane. Nello stesso tempo la respirazione è accelerata, alta, interrotta; l'aria che penetra nella laringe fa sentire un sibilo acuto, rauco più o meno sonoro; l'ammalato, inquieto, spaventato si agita, e potendo, manda alcuni gridi; la sua voce è fioca, ma distinta; spesso si osserva l'afonia. L'esplorazione della laringe fa conoscere qualche falsa membrana, ed i gangli cervicali non sono affatto ingorgati. In mezzo a questi accessi si tormentosi, la faccia si trova in uno stato di congestione, le labbra s' illividiscono, l'ansietà è estrema. Di tempo in tempo però anno luogo alcune remissioni durante le quali i malati mandono de' gridi piagnolosi. Dopo un tempo variabile, ma che raramente oltrepassa lo spazio d' un ora, gli accidenti si calmano, la tosse finisce, la respirazione perde la sua frequenza, ed i sintomi di asfissia spariscono. I malati però, dopo una scossa sì violenta, sono pallidi ed abbattuti. Se l'accesso à luogo nel mezzo giorno, spesso è meno forte; quindi non è raro che i fanciulli riprendino i loro giuochi, la loro allegria subito che sarà cessato, e sino a tanto, che

non si rinnovelli altra volta. Il più delle volte si osservano molti accessi nel corso delle venti quattr' ore; ma siccome l'osserva il Signor Guersant, la loro violenza diminuisce a misura che si riproducono. Quando in questa guisa molti anno luogo, i malati conservano nel loro intervallo una raucedine, un poco di calore, e di sensibilità nella laringe, e qualche volta un leggiero movimento febbrile. A misura che le crisi si allontanano e diminuiscono di violenza, la tosse si fa umida, catarrale; finalmente, i malati finiscono per essere affetti da un semplice catarro, il quale finisce dopo alcuni giorni o il più tardi dopo uno o due settenari.

Esiti. — La laringite sibilante, quando è semplice, à quasi sempre un esito felice. I signori Guersant e Bretonneau non àn veduto perire alcun fanciullo in seguito di questa malattia; quindi non àn potuto dire quali siano i caratteri anatomici. Alcuni malati però muoiono per effetto di un' affezione intercorrente come un' angina cotennosa o una pneumonia; in questi casi l'esame della laringe non spiega i sintomi gravi osservati durante la vita per parte di quest'organo, poichè vi si osserva soltanto una rossezza eritematosa con poco o nessun gonfiamento. Esistono però nella scienza alcuni casi di pseudo-crup addivenuti mortali per se stessi: questi fatti rari sono riportati negli scritti di Wichmann, di Millar, di Vieussens o di Lobstein.

Diagnosi. — La laringite sibilante rassomiglia molto al crup, col quale è stata molto tempo confusa; faremo conoscere la loro diagnosi differenziale quando parleremo di quest'ultima affezione. La forma grave, soffocante della laringite semplice si rassomiglia, ne' momenti di esacerbazione, alla laringite sibilante. Questa però differisce dalla prima per la istantaneità degli accessi, i quali si manifestano in mezzo alla perfetta salute, e con sintomi locali molto leggieri; mentre nella forma grave della laringite semplice, la difficoltà della respirazione e la soffocazione àno luogo per gradi. D'altronde tutti i sintomi locali come il dolore, la tosse, l'alterazion della voce, ed in oltre la febbre, sono molto più considerabili in quest'ultima anzichè nella prima. Finalmente vedremo che la laringite sibilante non può confondersi collo spasimo della glottide, poichè questo è caratterizzato da accessi di soffocazione, i quali si manifestano in un tratto, e si accompagnano qualche volta alle contrazioni ed alle convulzioni, e che poi o si dissipano o uccidono i malati dopo alcuni secondi o pochi minuti, senza lasciare alcuna traccia di essi.

Pronostico. — Benchè in alcuni casi l'esito possa esser funesto, crediamo però che la laringite sibilante è in generale più spaventevole che grave.

Etiologia. — La laringite sibilante è una malattia speciale della prima età, rara prima di due anni, non si osserva quasi mai dopo il settimo o ottavo anno. Questa frequenza si spiega per la strettezza della laringe a questa età; ed a questa organizzazione primitiva bisogna attribuire la frequenza della malattia in certe famiglie. Per questo stesso fatto si spiega che alcuni fanciulli ne sono più particolarmente colpiti; in essi la malattia si riproduce tre, cinque ed anche sei volte prima che questi esseri siano pervenuti all'età della pubertà. I ragazzi sembrano esservi più predisposti delle ragazze. Secondo il Signor Guersant questa malattia assalirebbe in preferenza i fanciulli della classe comoda. Sembra incrudelire specialmente durante la stagione fredda. Nulla si conosce sulla influenza che possono esercitare allo sviluppo della malattia la costituzione ed i temperamenti. Il morbo si manifesta quasi sempre dopo l'impressione del freddo.

Cura. — Il Signor Guersant ha dimostrato che nella laringite sibilante bisognava generalmente limitarsi ad una medicina poco attiva, simile a quella che abbiamo consigliato per la laringite acuta semplice e poco intensa. Però se l'oppressione si prolungasse ed addivenisse eccessiva, e se inoltre esistesse la febbre, bisognerebbe praticare un salasso. Non conviene dimenticare pure, che nella laringite sibilante, se la febbre è intensa è quasi sempre sintomatica di qualche flemmasia intercorrente, specialmente di una pneumonia. Nella cura però della laringite sibilante, bisogna tener conto dell'elemento nervoso, il quale sembra allora predominare: così si prescriveranno con vantaggio, durante gli accessi, i rivellenti, i rubefacienti e gli antispasmodici. L'assa fetida per clisteri, alla dose di 8 o 10 grame sembra essere stata utile in simili casi; i bagni tiepidi potranno pur anche recar vantaggio. Vi sono certe circostanze però in cui conviene impiegare un metodo molto più attivo. Quando, per esempio, la laringite sibilante coincide coll'angina cattenosa, siccome allora pare più probabile la esistenza del crup anziché della laringite sibilante, nel dubbio bisogna impiegare i mezzi atti a combattere la malattia più grave. In caso d'inganno, altro risultato dispiacevole non potrà aversi, meno quello di aver indebolito inutilmente l'ammalato, e prolungare forse la convalescenza. Nonostante quest'inconvenienti, la prudenza consiglia questo procedimento.

Natura. — Quantunque le ricerche microscopiche nulla ci abbiano dimostrato sulla natura della laringite sibilante, crediamo però, avendo riguardo a' sintomi ed al corso della affezione, essere difficil cosa di non riconoscere una leggiera flemmasia della laringe, caratterizzata specialmente dal suono rauco, da pizzicore e dalla tosse: questa flemmasia si ac-

compagna inoltre ad un elemento nervoso, il quale produce probabilmente lo spasmo della glottide: ed ecco ciò che spiega benissimo la forma degli accessi ed il loro carattere intermittente. Alcuni però pensano che l'intervento dell'elemento nervoso non è indispensabile per farsi ragione del fenomeno della intermittenza. In fatti si potrebbe supporre col Signor Bretonneau, che una congestione passeggera, che un imbrigliamento della glottide, può momentaneamente restringere il suo calibro, siccome abbiamo veduto quello delle narici finire ed aumentarsi molte volte nella stessa ora, pel solo fatto d'un cambiamento di temperatura, senza aver bisogno di ammettere un disturbo nervoso. Confessiamo però che difficilmente può spiegarsi pel gonfiamento della mucosa l'invasione istantanea, brusca degli accessi; quindi crediamo che per intendere i sintomi, bisogna che un elemento nervoso vi prenda parte essenzialmente.

DEL CRUP

Sinonomia. — *Angina suffocatoria, polyposa membranacea, tracheitis infantum, cynanche trachealis; angina laringea membranosa, d'isterite tracheale, laringite pseudo-membranosa.*

La parola *crup* è una espressione scozzese che F. Home à introdotto nella scienza, e dopo di lui è stata generalmente adottata da' medici di tutti i paesi per indicare una malattia acuta gravissima, con corso rapido, ed anatomicamente caratterizzata dalla formazione d'una falsa membrana nella laringe e nella trachea.

Istoria. — Il *crup* è una malattia la quale, forse non affatto nuova, è stata ignorata però da' Greci, da' Latini e dagli Arabi. Baillou fu quello il quale nella costituzione del 1576 diede il primo i suoi principali sintomi e forse il suo carattere anatomico; ma questo fu positivamente indicato da Ghisi, nella sua relazione sulla epidemia che regnò a Cremona nel 1746 e 1748. Diciassette anni dopo, Home pubblicò la prima monografia che abbiamo avuto sul *crup*: quindi è stato considerato a giusta ragione come il primo storico della malattia. Da quell'epoca, il *crup* è stato l'oggetto di numerose ricerche in tutti i paesi, ma specialmente in Francia, dove si videro, in occasione d'un concorso memorabile aperto nel 1807 da Napoleone, le opere di Jurine (1), d'Albers, di Viusseux, di Caillau e di Dou-

(1) L'opera di Jurine non è stata pubblicata; essa è soltanto conosciuta dagli estratti dati da Royer-Collard nel mai sempre comendevolissimo rapporto ch'egli à fatto sulle opere mandate al concorso del 1807. Questo rapporto è quasi il miglior trattato che abbiamo sul *crup*.

ble. Finalmente ad un' epoca più vicina a noi, comparvero le opere di Louis, Valentin e di Bland, quelle de' signori Desruelles e Bricheteau, finalmente le ricerche importanti de' signori Guersant, Trouseau, e prima di tutte quelle di Bretonneau, il quale nel suo rimarcabilissimo *Traité de la diphthérie*, à rischiarato molti punti oscuri, e mostrato in modo positivo il ligame del crup coll' angina colennosa.

Caratteri anatomici. — Abbiain detto che il crup era anatomicamente caratterizzato dalla presenza delle false membrane nelle vie della respirazione. Queste concrezioni morbose non oltrepassano, ne' tre quarti de' casi, la laringe nè la trachea; esse possono anche solamente occupare l'epiglottide o i bordi della glottide; nel terzo de' cadaveri però, si osserva che si propagano pure ne' bronchi ed in alcune delle loro ramificazioni. Alcune volte consistono semplicemente in alcuni lembi disseminati; nel maggior numero de' casi però sono sparse uniformemente sopra una superficie più o meno estesa. Quasi tutte sono d' un grigio biancastro o completamente bianche, alcune volte rossastre o nerastre, per la loro combinazione con una certa quantità di sangue. Ora sono molli e quasi sciolte; altre sono affatto più spesse della esterna pellicola del nervo, mentre altre hanno sino a 5 millimetri di spessezza. In generale può dirsi che la spessezza è la consistenza delle false membrane sono in rapporto colla loro antichità. Esaminate ad un' epoca poco lontana dalla loro formazione, queste concrezioni, di natura albuminofibrinosa, non presentano alcuna traccia di organizzazione: alla fine d' un tempo però più o meno lungo, e d' altronde variabilissimo, vi si sviluppano alcuni piccoli vasi. Esse si attaccano più o meno intimamente alla membrana mucosa; alcune volte sono separate in molli punti mediante uno strato liquido; finalmente spesso si osserva una porzione più o meno considerevole della concrezione la quale rimane libera e fluttuante. Il grado di aderenza non è sempre in rapporto diretto coll' antichità della falsa membrana, poichè questa si trova spesso unita intimamente alla mucosa, quantunque la sua formazione conti appena quindici o ventiquattr' ore. D' altronde è una circostanza rimarcabilissima la rapidità colla quale queste concrezioni si formano, poichè bastano sei o otto ore per vederle occupare la maggior parte della laringe e della trachea. Al di sotto di esse la membrana mucosa è d' un colore rosso carico, livido, alcune volte ecchimosata; non per tanto altre volte non presenta alcuna alterazione nel suo colorito, nella sua spessezza e nella sua consistenza. Nel crup si osserva ancora, nell' interno della laringe, una quantità più o meno considerevole d' un liquido mucoso, sieroso o puriforme; il calibro di questo condotto, quello della trachea e de' bronchi, è più o meno ristret-

to, secondo la spessezza della falsa membrana. Questa ostruzione spiega ordinariamente la morte ed i sintomi d'asfissia che si sono osservati; però si son veduti tutti questi accidenti, quantunque la concrezione fosse poco considerabile, e quantunque sembrasse non aver apportato molt' ostacolo all' entrata dell' aria ne' polmoni: così gli autori han supposto che in questo caso, uno spasmo della glottide avea dovuto unirsi alla malattia principale.

Le vie aeree non sono sempre le sole parti nelle quali si osservano le concrezioni pseudo-membranose; in fatti queste tappezzano spessissimo la faringe e la dietro bocca, più raramente le fosse nasali, il condotto uditivo, ed anche le superficie della pelle, le quali sono state accidentalmente denudate. Finalmente in quelli morti per crup si trovano ancora diverse alterazioni soltanto accidentali; tali sono specialmente le pneumonie lobulari e la congestione de' polmoni.

Sintomi. — Il crup può dividersi in tre stadi. Nel primo, i malati accusano un mal' essere, de' brividi di freddo e delle stirature; sono affetti da febbre; provano nella gola un dolore più o meno vivo; i gangli sottomascellari sono ingorgati. L'osservazione della faringe, che in questi casi non deve mai trascurarsi, presenta una rossezza più o meno viva della mucosa ed una tumefazione dell' ugola e delle tonsille; tosto su queste parti si osservano le piastre d'ifteritiche, le quali caratterizzano l'angina colennosa. Questa precederebbe, secondo il Signor Bretonneau, lo svolgimento del crup epidemico; il Signor Guerant afferma che si osserva ne' cinque sesti de' casi ove la malattia è sporadica. Questa particolarità è comune al crup della infanzia, come a quello dell' adulto; almeno ciò risulta dalle osservazioni del Signor Louis. Questo primo stadio della malattia può durare alcune ore o prolungarsi per otto giorni.

Intanto la laringe viene ad essere affetta; una tosse secca che si manifesta a conati lo predice, come pure l'afonia ed i segni di soffogazione: questi accidenti indicano il secondo stadio del crup. L'ammalato allora è risvegliato bruscamente nel mezzo della notte, ed in uno stato di estrema ansietà; spesso si precipita dal letto come spaventato, sente come se un corpo estraneo occupasse la laringe e si opponesse all' ingresso dell'aria; la tosse e la voce offrono un suono e dei caratteri particolari, sono stati paragonati al grido del gallo, al latrar del cane, al canto del canario, ec. Questi paragoni però non saprebbero dare un'idea esatta del fenomeno. Ci basta dire che nel crup la tosse è rauca, sorda, soffogata, tosto perde ogni suono; è seguita da una inspirazione breve, brusca, sibilante, come se l'aria attraversasse un tubo secco e metallico; la voce è rauca e presto spenta: offre un timbro alquanto metallico, come la tosse.

Nello stesso tempo che questi segni caratteristici hanno luogo, la respirazione è accelerata, corra alitante, il mormorio vescicolare è indebolito in tutta l'estensione del torace, a causa del piccolo volume della colonna dell'aria e delle respirazioni incomplete che i malati eseguono: l'espiazione è prolungata, ed eguaglia spesso l'inspirazione in ragione della difficoltà che l'aria incontra nella uscita de' suoi condotti. Lo stetoscopio applicato sulla laringe fa sentire de' suoni sibilanti ed umidi, o pure un rumore di gorgogliamento, o di raschiamenti come se un corpo estraneo esistesse in moto. Questi fenomeni finiscono, o almeno diminuiscono dopo l'uscita de' frammenti membranacei. Tutto indica negli ammalati un incomodo estremo nelle funzioni della respirazione; la faccia è gonfia, lividastra, gli occhi sono feroci, le giugulari gonfie: il polso piccolo, debole, irregolare; l'ammalato, assiso nel letto, si agita, porta con furore la mano alla gola, in atto di voler togliere l'ostacolo che che lo soffoca. Gli assalti di tosse sono spesso accompagnati da epistassi, da vomiti acquosi, biliosi, dall'uscita di mucosità filamentose o da lembi membranosi. I malati però spossati, cadono tosto nell'abbattimento e nella sonnolenza; si lagnano di un dolore nella laringe e nella trachea; la respirazione è sempre incomoda, e l'aria che penetra a ciascuna inspirazione fa sentire un sibilo che si avverte da distante, ed è abbastanza forte per simulare più o meno completamente il mormorio vescicolare. Accade però alcune volte, specialmente quando qualche falsa membrana è stata espulsa, che la dispnea cessa nell'intervallo degli accessi. La malattia toccando finalmente il suo terzo ed ultimo stadio, gli accessi allora si ravvicinano e si fanno più gravi; a ciascuno di essi la minaccia d'una asfissia aumenta; finalmente i malati periscono, gli uni violentemente e come se fossero stati soffogati, gli altri tranquillamente e con i sintomi d'una lenta asfissia. La febbre dello sviluppo continua intensa sino alla fine, ma la temperatura, benchè aumentata, non si trova in rapporto coll'acceleramento del polso o della respirazione: si trova in media proporzione di 38°, 50°, secondo il Signor Roger. In questi malati raramente si osserva delirio o convulsione. La morte è l'esito quasi costante del terzo periodo.

Corso, durata, esiti. — Il crup à un andamento estremamente acuto: si è veduto uccidere alcuni malati in sei o dodici ore (*crup fulminante*). Nella maggior parte de' casi la morte à luogo dopo quattro, cinque o sei giorni. Raramente la vita si prolunga al di là d'un settenario. Se la malattia deve avere un esito felice, quasi sempre à luogo nel secondo periodo; gli assalti di tosse allora si fanno più rari, la tosse addi- viene umida, ed i malati sputano una quantità più o meno con-

siderabile di mucosità opache, degli spurghi vischiosi e de' lembi membranacei irregolari o tubulati. Non è però certo che, in tutti i casi i quali terminano felicemente, la falsa membrana sia completamente espulsa; in fatti è possibile che una parte di questa produzione persista e sparisca poscia consumandosi o venendo assorbita alla fine d' un tempo più o meno lungo. La convalescenza è sempre rapida. Niun rapporto può ancora essere stabilito tra le guarigioni ed i morti, atteso che si è spesso confuso il crup col pseudo-crup, mentre si conosce che quest' ultimo à quasi sempre un esito felice. Si dubita se il vero crup sia mai andato soggetto alla recidiva.

Varietà. — Nella precedente descrizione è avuto in mira soltanto il crup de' fanciulli; differenze importantissime però distinguono il crup degli adulti, varietà la quale è stata perfettamente descritta dal Signor Louis. In quest' ultimo, i sintomi locali, siccome il dolore della gola e della laringe, la deglutizione stentata, esistono sin dallo sviluppo; i malati sono affetti da dispnea: la loro voce è alterata; espettorano delle pseudo-membrane; non si osservano però, come lo stesso Charcellay lo à recentemente verificato, quegli accessi di soffogazione che sono costanti ne' fanciulli. Le alterazioni della tosse e della voce, benchè distinte, sono anche meno caratteristiche. In fine il corso è meno rapido, e quantunque le lesioni siano a poco presso le stesse, l' apparato sintomatico è meno spaventevole, lo che dipende forse dall' ampiezza della laringe, e dal perchè la malattia si manifesta soltanto in que' soggetti più o meno deboli ed estenuati. Non esiste affatto nè crup cronico nè intermittente, quantunque alcuni autori àn creduto il contrario.

Diagnosi. — La laringite sibilante è quella che più rassomiglia al crup. Sappiamo in fatti che queste due affezioni sono state per lungo tempo confuse, e molti le confondono ancora a' giorni nostri. Importa molto però, per il pronostico e per la terapeutica di distinguerle l' una dall' altra. Bisognerà dunque ricordarsi che nella laringite sibilante, la voce è *foca* ma non *spenta*; la tosse è *libera* o *sonora*, mentre è *sorda* e *soffogata* nel crup; nella prima i malati non espettorano mai delle concrezioni membranacee. Vi sono accessi di soffogazione nelle due malattie che paragoniamo, ma nella laringite sibilante, questi accessi sono seguiti da remittenze a poco presso complete, poichè molti fanciulli, in questi intervalli riprendono tutti i loro divertimenti infantili; non però avviene così nel crup. Aggiungiamo che la laringite sibilante si manifesta bruscamente o soltanto preceduta da poca raucedine, mentre quasi sempre il crup viene in seguito dell' angina coitennosa. Finalmente la prima è raramente mortale, mentre nel crup, la guarigione à luogo soltanto in pochissimi casi. Un

corpo estraneo introdotto per la via della glottide potrebbe anche simulare il crup in ragione degli accessi di soffogazione e degli urti di tosse; ma questi non presentano neppure la voce, il carattere del crup; l'ascoltazione della laringe fa conoscere in oltre che un corpo mobile esiste in questa cavità: in fine si potrà quasi sempre conoscere dal malato istesso o dagli assistenti, la vera causa degli accidenti che si osservano. Nessuna rassomiglianza esiste tra il crup e lo spasmo della glottide, il quale come vedremo nella classe delle nervosi, è caratterizzato da una soffogazione sopravvenuta istantaneamente, spesso accompagnata da stirature o da movimenti convulsivi, e che termina o per la guarigione o per la morte nello spazio di alcuni secondi o di alcuni minuti al più, senza che alcuna traccia rimanga dopo di esso. Si conosce finalmente, che si sviluppa alcune volte, e specialmente ne' ragazzi, una infiammazione nel tessuto cellulare della parete posteriore della faringe, la quale in modo rapido termina spesso colla suppurazione, e che, per la soffogazione che produce, potrebbe far credere la esistenza del crup. In questi accessi però, che si appellano *retro-faringei*, non avvi nè tosse nè voce simile a quella del crup: avvi al contrario una disfagia più o meno completa, gli accidenti sono continui, e finalmente, facendo aprire la bocca all'ammalato, ed esaminando la faringe, facilmente si osserva il tumore fluttuante, il quale esiste sull'a parete posteriore di quest'organo.

Pronostico. — Il crup è una delle malattie più gravi che il medico sia chiamato a curare. L'afonia, la tosse sorda, priva di suono, la dispnea estrema, la picciolezza e la irregolarità del polso, sono tali sintomi che indicano un imminente pericolo. Nel terzo stadio non rimane alcuna speranza di salute. Tutte le complicazioni aggiungono pericolo. Si è detto però che la tosse canina, e specialmente una bronchite intercorrente erano utili, come quelle le quali per i conati di tosse favoriscono e la secrezion mucosa, e lo scioglimento e l'espulsione delle false membrane che costituiscono tutto il pericolo della malattia; questa opinione però è ben lungi dall'essere dimostrata.

Etiologia. — Il crup può osservarsi in tutte le età della vita, anche nella vecchiaia, come spesse volte lo si è veduto affliggere i vecchi; questa malattia però è speciale della infanzia. Rara prima dell' settimo mese e dopo il dodicesimo anno, conta il suo maximum di frequenza tra i due ed i sette anni. Molti fatti statistici hanno provato che ne' ragazzi, più ancora che negli adulti, la malattia era più frequente ne' maschi, poichè in quelli il numero de' ragazzi assaliti dal male è superiore di più d'un quarto di quello si osserva nelle ragazze.

Nulla di preciso si conosce sulla influenza della costituzione e de' temperamenti. Alcuni fatti sembrano provare che il crup può svilupparsi per effetto d'una predisposizione ereditaria. La malattia esiste quasi sotto tutte le latitudini; però è probabilmente più frequente nel nord e nelle regioni centrali dell'Europa. Sembra pure che la malattia incrudelisca specialmente ne' paesi montani, umidi circondati da boschi, in quelli che sono mal nutriti, che abitano luoghi mal sani, o che vivono ammassati in spazi troppo stretti; ciò spiega la maggior frequenza del crup nella classe povera della società.

Il crup ordinariamente assale gli adulti nel corso delle malattie lunghe, più o meno debilitati nella costituzione; lo stesso avviene ne' ragazzi; ma in questi la malattia è più spesso consecutiva alle affezioni catarrali, specialmente all'angina cotennosa ed alle febbri eruttive, siccome lo si vede in una eccellente relazione di epidemia di crup che il signor Boudet à inserito negli *Archives de médecine* del 1842. Il crup si manifesta quasi sempre senza poter conoscere la causa determinante; alcune volte però questa malattia sembra esser prodotta dall'azione del freddo e dell'umido. Gli autori sono divisi tra loro sulla quistione del contagio; gli uni lo ammettono (Rosen, Wichmann, Goelis), altri la negano (Home, Jurine, Albers, Valentin, Royer-Collard). I fatti però rapportati da Lobstein, da' signori Bretonneau e Guersant dimostrano la possibilità d'un contagio immediato e mediato. D'altronde il contagio essendo perfettamente stabilito per l'angina cotennosa, deve necessariamente esistere per il crup; poichè nel fatto ne' due casi è la stessa malattia specifica, coesistendo spesso nello stesso individuo e solamente diversa per la sede. Il crup regna spesso epidemico; la costituzione epidemica, della quale ignoriamo d'altronde la causa, è quasi sempre circoscritta ad una piccola località come una città, un quartiere, ed anche uno stabilimento.

Cura. — La cura che deve opporsi al crup deve essere necessariamente attiva. Quando il malato comincia a soffrire un'angina faringea cotennosa, bisogna sollecitamente cauterizzare le parti coperte dalle piastre mediante l'acido idroclorico, o pure con una soluzione di nitrato di argento. In questi casi bisogna cauterizzare largamente e profondamente sino alla epiglottide; nel crup val meglio far molto che poco. Quando il trasudamento cotennoso comincia dalla laringe o dalla trachea, la medicatura topica non può essere più impiegata, ed allora si è costretto ricorrere a' mezzi generali, i quali sono d'un effetto molto più incerto. Checchè ne sia, due sono allora le indicazioni a soddisfarsi: 1° bisogna circoscrivere la flemmasia, 2° favorire l'uscita delle false membrane. Si è cercato limitare la flemmasia mediante i salassi generali e locali; disgraziatamente questi mezzi

però, i quali sono sì possenti contro le flemmasie ordinarie, sono quasi privi di effetto nella laringite cotennosa. Ne' ragazzi pletorici però, il salasso è utile; può anche essere vantaggioso diminuendo gli accidenti asfittici attivando l'ematosi, quando la congestione polmonale è intensa; bisogna però non abusare di questo mezzo, e conviene sempre astenersene negl'individui deboli. Per obedire alla indicazione di cui è parola, hanno proposto diversi medicamenti e specialmente il mercurio. I signori Guer-sant, e Bretonneau hanno osservato un certo numero di fatti i quali dimostrerebbero l'utilità di questo rimedio, il quale si amministra internamente e per frizioni sino ad eccitare la salivazione il più presto possibile. Nello stesso tempo che si cerca di limitare la infiammazione, bisogna procurare lo scollamento e l'espulsione delle false membrane mediante gli espettoranti, e specialmente coll'aiuto dell'emetico e della ipecacuana. L'emetico è un medicamento che merita una grandissima confidenza, che bisogna prescrivere sin dallo sviluppo alla dose di 5 centigramme ne' ragazzi meno di tre anni, ed alla dose di 10 da tre a sei anni. Non bisogna temerne l'uso per molti giorni di seguito, ed anche molte volte al giorno, siccome lo consigliano due abili medici, i signori Delarrouque e Marotte, i quali danno il vomitivo immediatamente l'un dopo l'altro. Questa pratica è eccellente. In fatti risulta da un rapporto del signor Valleix inserito nella sua *Guide du médecin praticien*, che su trent'uno ammalati ne' quali l'emetico e l'ipecacuana furono la principale medicatura, si contano quindici guarigioni, mentre su venti due individui a' quali i vomitivi furono amministrati con parsimonia, un solo sopravvisse. Questo metodo poco usato in Francia, conta numerosi partigiani in paesi stranieri; è stato sperimentato con gran successo specialmente da' Signori Albers, Olbers, Jourdain de Binche, Serlo de Cross, Diir, Frelitz, Sohansse. Questi ultimi quattro hanno procurato il vomito col solfato di rame. Questo medicamento poco usato appo noi, è stato sperimentato in questi ultimi tempi dal signor Béringuier, il quale afferma di aver guarito i diciotto fanciulli assaliti dal crup, ai quali amministrò questo rimedio. Questo successo così costante in una malattia tanto grave permette che si domandi se il medicamento è stato sempre applicato in casi di vero orup. Checchè ne sia, il signor Béringuier vuole che s'incominci dalla dose d'1 decigramma di solfato di rame misto a 5 o 6 di zucchero polverizzato. Raccomanda espressamente che una seconda dose sia amministrata se il vomito non si manifesta prima che cinque minuti siano scorsi. Si ripete il medicamento tante volte quanto gli accidenti si riproducono.

In riassunto questo metodo è efficace, ma non bisogna applicarlo troppo tardi, poichè à luogo un momento in cui l'or-

ganismo indebolito è incapace di qualunque reazione; allora i medicamenti ingoiati rimangono senza effetto. Si è perciò che molte volte è amministrato inutilmente a' ragazzi lattanti colpiti da crup 10, 15 ed anche 25 centigramme di emetico, o pure 50 centigramme o 1 gramma d'ipocacuana, senza neppure provocare un conato di vomito.

Alcuni autori hanno vantato i starnutatori nello scopo di favorire l'uscita delle false membrane; altri hanno consigliato il bagno freddo, per eccitare una viva reazione. Questo mezzo però di dubbia efficacia, può anche esser pericoloso. I rivelenti cutanei, i purganti, i sudoriferi e gli antispasmodici, che alcuni hanno raccomandato, sono mezzi accessori i quali possono sollevare, ma che forse non hanno mai guarito alcuno; lo stesso si dica della poligola o de' carbonati alcalini messi sott'occhio dalle teorie chimiche. Finalmente il solfuro di potassa, il quale per lungo tempo è stato considerato come uno specifico, agisce soltanto per le sue proprietà emetiche. D'altronde questo rimedio è pericoloso, così deve prescriversi con eccessiva cautela; lo si amministrerà alla dose di 60 a 90 centigramme in un veicolo, da prendersi a cucchiaini nel corso delle ventiquattr'ore. Hanno attribuito a questo medicamento una virtù alterante e dissolvente; niente però è meno dimostrato quanto questo effetto. Crediamo dunque cosa più prudente, nel caso di crup, di ricorrere ad una medicatura meno incerta di questa.

Quando il crup si mostra restio a' salassi, a' mercuriali ed a' vomitivi, ed è pervenuto al terzo stadio, non rimane altra speranza per conservare la vita a' malati che di praticare la tracheotomia. Ma perchè questa operazione, poco grave per se stessa; offra qualche speranza di salute; bisogna eseguirla prima che l'asfissia sia molto avanzata, e le forze non siano molto prostrate. Una volta aperta la trachea, i signori Bretonneau e Trousseau consigliano di ricorrere a due novelle operazioni, le quali consistono nel *nettamento* e nella *cauterizzazione*. Il primo si pratica mediante due istrumenti cioè, un osso di balena sottile, flessibile, armato di spugna all'estremo: l'altro è uno stiletto, con alla punta una piccola scopetta, simile a quella della quale si servono per polire le bottiglie. Il signor Trousseau, dopo aver tenuto i bordi della piega che gemono sangue mediante un dilatatore, consiglia d'iniettare un mezzo cucchiaino di acqua mediante il cannellino, poi s'immerge lo spazzolino alla profondità di 15 o 18 centimetri; egli *netta* così la trachea per lo spazio di due o tre minuti secondi, e ripete questa operazione dieci, venti, ed anche quaranta volte. Con questo mezzo egli spera di separare le false membrane, portarle via, e modificare la superficie esalante. Queste manovre però, giustificate d'altronde da alcuni successi, hanno spaventato molti individui.

Lo stesso accade della cauterizzazione colla soluzione del nitrato di argento. Questa si fa cadere a gocce a gocce nell'a laringe (20 centigramme sciolte in 4 gramme di acqua); convien meglio però di far pervenire il caustico sulle parti ammalate mediante una spugna impregnata di questo liquido (1 gramma di nitrato di argento sciolta in 4 di acqua). In fine il signor Trousseau termina queste operazioni distillando alcune gocce di acqua tiepida per sciogliere, e rammollire le mucosità e le false membrane. Dopo tutti questi sforzi, si arriva finalmente a provocare l'uscita di alcune concrezioni. Si situa allora nella trachea un cannellino adattato, il cui orificio deve avere per lo meno il calibro normale della glottide; si mantiene al suo posto mediante due fettucce, facendo attenzione che non si otturi nè si guasti. Ciò accadendo, si ritira, si pulisce, e non si piazza di bel nuovo se non che dopo aver praticato il nettamento. Completata l'operazione, bisogna sostenere le forze alimentando leggermente gli ammalati. Il cannellino non sarà tolto se non quando le false membrane saranno state completamente espulse e l'aria s'introdurrà liberamente dalla glottide. Seguendo questi principi il signor Trousseau ha salvato venti novè malati su cento ventotto che egli à operati in questi ultimi anni. Riunendo la maggior parte de' fatti conosciuti si avrebbero settanta guarigioni, e più di tre cento morti; in guisa che aprendo la trachea nell'estremo periodo del crup, si ottiene una probabilità di successo su cinque casi. Questa proporzione è molto favorevole, se si considera, che quando l'operazione è stata eseguita, i malati erano quasi in preda ad una morte certa.

Natura. — Dalle osservazioni necroscopiche risulta, che nel crup esiste una infiammazione della mucosa laringo-tracheale; questa flemmasia però si distingue dalle altre infiammazioni ordinarie o dalle infiammazioni pure, pel suo andamento e specialmente per la natura de' suoi prodotti. Bisogna dunque, col signor Bretonneau, considerarla come di natura specifica, siccome l'abbiamo precedentemente stabilito parlando dell'angina cotenosa.

DELLA LARINGITE SOTTO MUCOSA

La laringite dicesi *sotto mucosa* quando l'infiammazione, propagandosi al tessuto sottostante, ne determina l'induramento, o vi produce un infiltramento sieroso purulento, o gli ascessi. Il signor Cruveilhier, il quale à dato alla laringite sotto mucosa il nome che porta, à pure proposto di distinguerla in laringite *epiglottica* ed *ipoglottica*. La prima consiste in un infiltramento sieroso delle piaghe ariteno-epiglottiche; la seconda, molto più rara, è caratterizzata da analoghe alterazioni, situate al di sotto de' ventricoli e dietro la cartilagine cricoide.

1.° *Laringite epiglottica edematosa, o edema della glottide.*

La varietà della laringite sotto mucosa che appellasi *epiglottica* altro non è se non che l' affezion cotenposa conosciuta sotto i nomi d' *edema della glottide*, d' *angina laringea edematosa o sierosa*. Invano si vorrebbero far discendere da Boerhaave le prime nozioni di questa malattia, i cui caratteri anatomici, imperfettamente indicati da Morgagni e da Bichat, non sono stati realmente descritti per la prima volta che nel 1802, da Bayle, il quale nelle *Mémoires de la Faculté de médecine de Paris*, à dato un quadro talmente fedele della malattia, in modo che dopo di lui, niente è stato aggiunto alla descrizione fatta dallo stesso. Bisogna però indicare alcuni belli travagli pubblicati dopo quest' epoch. Essi sono dovuti a' signori Thuilier (*Thèse* de 1815), Bouillaud (*Archives*, 1823), Lisfranc (*Journal général*, 1825), Cruveilhier (*Dict.* in 5 vol.), Miller (*Lond. Med. Gaz.* de 1833); Legroux. (*Journ. des conn. méd. chirur.* 1839). Finalmente, il signor Valleix à recentemente dato della malattia un fedele ritratto, ricavato dall' analisi di quasi tutti i fatti raccolti prima di lui (t.° XI des *mémoires de l' Acad. roy. de médecine.*)

Caratteri Anatomici. — Nell' autopsia si trova l' apertura della glottide quasi obliterata per la spessezza ed il gonfiamento delle pieghe mucose ariteno-epiglottiche, le quali sono la sede prediletta della malattia. Da quel che osserva il signor Bayle, queste sono talmente disposte che qualunque impulso della colonna dell' aria che viene dalla faringe le rovescia nell' apertura della glottide, che chiudono più o meno completamente, mentre l' impulso che à luogo nel senso inverso dalla parte della trachea respinge il cercine su i lati della glottide, il cui orificio addiviene libero; in una parola la glottide è otturata durante l' inspirazione e più o meno libera nella espirazione. La mucosa che veste i cercini edematosi ora è pallida, biancastra o pure rossa azzurrognola, assottigliata o finalmente più o meno spessita. Secondo il Signor Valleix, non si sarebbe rinvenuta intatta al livello dell' infiltramento se non che tre volte su cinquanta. Le pieghe ariteno-epiglottiche infiltrate sono mobili e tremole; sono molto resistenti al tatto; incidendole, si trova che il tessuto cellulare è denso ed a maglie strettissime; le areole non sembrano comunicare tra loro; ciò spiega la difficoltà che s' incontra, quando si comprimono anche per lungo tempo, di premere il siero che vi è infiltrato. Se la flemmaggia à tenuto un andamento rapido, il liquido contenuto ne' bordi della glottide, rassomiglia piuttosto ad una linfa plastica anzichè al siero; più tardi è pus; qualche volta questo si trova riunito in un foco-

laro. Finalmente, alcuni punti cangrenosi possono esistere sulla mucosa; spesso si osserva pure la carie e la necrosi delle cartilagini tiroidea ed aritenoidea, e specialmente quella della cartilagine cricoide; alcune volte esistono de' cavi purulenti tra i strati muscolari della laringe. Simili alterazioni, ma meno distinte, si osservano sulle corde vocali. L' epiglottide è quasi sempre gonfia su i bordi; questi sono ottusi ed arrotondati; finalmente, nella metà de' casi, secondo il signor Valleix, si osserverebbero sulla faringe e sulla tonsille delle tracce di flemmasia.

Sintomi, corso, esiti. — La laringite edematosa può svilupparsi bruscamente con un accesso di soffocazione; nella quasi totalità de' casi però l' invasione della malattia è lenta ed oscura. I malati accusano trent' otto volte su quaranta un dolore, più o meno vivo, o un senso d' incomodo alla parte superiore della laringe; a ciascuna inspirazione, l' aria sembra sormontare un ostacolo e produce spesso un sibilo; la voce è rauca o debole; i malati fanno de' sforzi per liberarsi dall' ostacolo che avvertono; finalmente alcuni provano un incomodo più o meno grande nella deglutizione (Bouillaud). Alla fine di alcuni giorni però, i sintomi si rendono più gravi; la respirazione è più penosa, più fragorosa; si osservano accessi di soffocazione durante i quali la inspirazione rumorosa, molto sibilante a luogo con sforzi inauditi, mentre la espirazione è facile, ciò che si spiega per la disposizione anatomica delle pieghe ariteno-epiglottiche delle quali antecedentemente abbiamo parlato. Questi accessi, durante i quali l' asfissia è imminente, durano per lo spazio di dieci minuti, alcune volte più; si ripetono dopo alcune ore, dopo alcuni giorni ed anche dopo alcune settimane; ne' loro intervalli, la respirazione è più libera. Quando però gli accessi sono più ravvicinati, la respirazione continua ad essere incomoda; la faccia azzurrognola, gli estremi lividi, la diminuzione del calorico, indicano una incompleta ematosi. Siccome abbiamo detto nel crup, alcuni malati muoiono rapidamente con un accesso di soffocazione, come se un ostacolo impedisse l' arrivo dell' aria. La maggior parte periscono con i sintomi d' una lenta asfissia. In quest' affezione, il torace è sempre sonoro sotto la percussione; ma il volume di aria che penetra ne' polmoni essendo molto considerabile, in ragion dell' ostacolo che esiste nella laringe, ne siegue che il mormorio respiratorio è generalmente indebolito, qualche volta anche abolito; quello che esiste è anche mascherato da un sibilo che à luogo nella gola e nella laringe. Il palpeggiamento del collo, l' osservazione della gola, offrono soltanto risultati negativi. La possibilità di poter conoscere mediante il tatto, siccome lo vogliono i signori Thuilier, Bricheateau, Legroux, Lisfranc, un

gonfiamento delle pieghe ariteno-epiglottiche portando il dito profondamente fin sotto la epiglottide, non ci sembra affatto dimostrato. Abbiamo in vano cercato due o tre volte di arrivare in questa guisa sino alla sede del male; lo stringimento spasmodico dell'apertura superiore della laringe e gli sforzi del vomito ci hanno sempre impedito nelle nostre ricerche, e sappiamo che molti pratici, i signori Chomel e Blache tra gli altri, sono stati meno felici di noi. In mezzo a questo apparato sintomatico sì spaventevole, la febbre è negativa o mediocre, l'anorexia è il solo fenomeno sintomatico delle vie digestive.

Durata. — Siccome abbiain veduto, la laringite edematosa à un andamento intermittente più o meno rapido. La sua durata varia da poche ore sino a molte settimane ed anche un mese; la morte è l'esito ordinario, poichè Bayle l'ha osservato sedici volte su diciassette malati.

Diagnosi. — Bayle à indicato come segni patognomonici della malattia gli accessi di soffocazione, e specialmente il contrasto che esiste tra la inspirazione e la espirazione, la prima eseguendosi con difficoltà, mentre l'altra avrebbe luogo senza sforzi. Molte eccezioni esistono a questo riguardo, e noi stessi abbiain veduti numerosi esempi di laringite edematosa ne quali la espirazione e l'inspirazione erano egualmente difficili. Non esiste alcun segno patognomonico della laringite edematosa; e pensiamo che la diagnosi di questa affezione può essere stabilita soltanto dall'insieme de' caratteri. Così un senso d'incomodo alla parte superiore della laringe accompagnato da raucedine, da inspirazione sibilante, e tosto da accessi di soffocazione, i quali finiscono per riprodursi ordinariamente a brevi intervalli, indicano sicuramente un ostacolo nella laringe, e tutto mena a conchiudere che quest'ostacolo è determinato dal gonfiamento e dall'infiltramento sieroso o purulento delle pieghe ariteno-epiglottiche. Gli accessi di soffocazione prodotti dal gonfiamento delle tonsille, dalle affezioni dell'aorta, del cuore e de' polmoni, saranno facilmente distinti mediante la esplorazione esercitata con quei mezzi de' quali possiamo disporre. L'afonia, il timbro della tosse, l'uscita delle false membrane, non permetteranno di confondere il crup coll'angina edematosa. Gli accidenti che questa produce non potranno neanche essere confusi con quelli che determinano la introduzione d'un corpo estraneo, il quale produce una soffocazione subitanea, un rantolo particolare che si avverte da lontano e coll'ascoltazione mediata: finalmente si potrà essere istruito mediante i commemorativi. Un polipo pedunculato della laringe produce gli stessi accidenti d'un corpo estraneo venuto dall'esterno: confesso però che la diagnosi potrebbe in certi casi tornar difficile, se non impossibile: pur tuttavia questo prodotto è talmente ra-

ro, da farne astrazione, ogni qualvolta si stabilisce la diagnosi differenziale della laringite edematosa. Finalmente un ascesso retro-faringeo potrebbe simulare un edema della glottide, avendo riguardo alle minacce di soffocazione che l'accompagnano, se il dolor della gola, l'incomodo della deglutizione, l'edema del collo, e specialmente il tumore fluttuante esistente alla faccia interna della faringe, che si scorge facendo aprire la bocca all'ammalato, non ci rendessero istrutti sulla vera natura della malattia.

Pronostico. — Il pronostico sarà sempre estremamente grave, poichè su quaranta malati osservati dal Signor Valleix, nove soltanto si guarirono.

Etiologia. — La laringite sotto mucosa è ora *primitiva*, cioè costituita da una infiammazione primitivamente sviluppata nella laringe; altre volte è *consecutiva* all'alterazione delle parti vicine; come le ulceri della laringe o la carie delle sue cartilagini ec. Rara nella infanzia, si è osservata specialmente ne' giovani di diciotto a trent'anni; sembra essere più frequente nell'uomo che nella donna. Bayle ha conosciuto che il più delle volte la laringite sotto mucosa si sviluppava durante la convalescenza delle malattie febbrili e rarissimamente nello stato di perfetta salute; questa opinione è stata confermata dalle ricerche del Signor Valleix: questo medico dice che su quaranta malati, l'angina era stata primitiva quattro volte soltanto. Le affezioni croniche della laringe con ulcerazioni sembrano soprattutto predisporvi (Trousseau e Belloc). Nella maggior parte de' casi la malattia è luogo senza causa determinante; alcune volte succede all'impressione del freddo.

Cura. — Bisogna ricorrere alle emissioni sanguigne generali e locali ed a' derivativi sul tubo intestinale quando la malattia sviluppa. Si prescrive il vomitivo nel doppio scopo di produrre una controirritazione, ed operare una diminuzione nell'ingorgo delle parti mediante la compressione che la faringe esercita convulsivamente contratta nell'atto del vomito. Si useranno inoltre i rivellenti cutanei, come i sinapismi alle estremità inferiori, un largo vescicante alla nuca o alla parte anteriore del collo. È stata pur anche proposta la lacerazione del bottone edematoso; il Signor Lisfranc l'esegue con un bisturi a lama stretta e guarnita di una pezzolina alla lunghezza di 3 o 4 millimetri cominciando dalla punta. Il Signor Legroux ottiene lo stesso risultato coll'unghia dell'indice inegualmente tagliata. Le osservazioni fatte da questi due medici meritano di fissare l'attenzione: da quel che abbiamo precedentemente detto, crediamo che questo mezzo possa raramente applicarsi, precisamente per la ragione della difficoltà che s'incontra per trovare il bottone che bisogna incidere o lacerare. Quando tutto ciò riesce

inutile, bisogna prontamente praticare la laringo-tracheotomia prima che l'asfissia si avanzi. In questo caso, come nel crup, val meglio peccar di sollecitudine anzichè di omissione; poichè operando quando il sangue venoso occupa già tutti gli organi, spesso avviene che i malati muoiono anche quando l'operazione è apparentemente seguita dallo ristabilimento delle funzioni respiratorie e circolatorie.

2.° Laringite ipoglottica.

Pochi esempi possediamo della laringite ipoglottica descritta dal Signor Cruveilhier. In questa malattia come nella forma precedente, il calibro della laringe è ostruita, perchè la mucosa è sollevata dal pus accumulato al di sotto di essa; in generale allora la cartilagine cricoide è denudata e necrosata. Questa si separa, in fine può essere espulsa per l'esofago o per la laringe, secondo che l'ascesso si apre nell'uno o nell'altro di questi organi.

La laringite ipoglottica à un corso più lento di quella che à sede al di sopra della glottide; il dolore si avverte più in basso che in quest'ultima, ed è accompagnata meno frequentemente da incomodo nella deglutizione: tanto nell'una quanto nell'altra però esiste una respirazione sibilante, e degli accessi di soffocazione. La cura non varia ne' due casi.

DELLA LARINGITE CRONICA

La laringite spesso esiste nello stato cronico; la maggior parte però degli autori ànnò riunito sotto questa denominazione alterazioni molto diverse tra loro, cominciando dal semplice infiammamento, accompagnato o pur no da rammollimento della membrana mucosa, sino alla sua ulcerazione, la quale è accompagnata spesso dalla distruzione de' tessuti sottostanti. Queste ulcerazioni sono comunemente considerate siccome quelle le quali costituiscono il carattere anatomico d'una forma della laringite cronica distinta sotto il nome di *eticia laringea*, in ragion dei sintomi di consunzione che l'accompagnano. Trattando dell'anatomia patologica, vedremo se nello stato attuale della scienza possa ammettersi una eticia laringea idiopatica. Checchè ne sia bisogna per ora conservare ancora la distinzione che si è stabilita della laringite in *semplice benigna* o *non ulcerosa*, ed in *grave ed ulcerosa*.

Caratteri anatomici. — Spesso avviene che esaminando la laringe di certi individui, i quali ànnò presentato per molti anni i sintomi della laringite cronica *semplice*, non si osserva alcuna lesione manifesta della membrana mucosa. Nella maggior parte de' casi però, si verificano diverse alterazioni. Quindi la

membrana mucosa ora è iniettata, grigiastrea, o del color di lavagna; altre volte è pallida, ma acuminata e spessita, più resistente e friabile; finalmente l'apparato follicolare può essere in qualche modo ipertrofiato. Queste lesioni raramente occupano tutta la estensione della laringe: ordinariamente sono limitate ad una porzione dell'organo, e si presentano specialmente sulle corde vocali, i ventricoli o l'epiglottide. In fine si è preteso che, in un grado più avanzato, delle ulcerazioni potevano essere osservate.

Sino a questi ultimi tempi, le ulcerazioni sono state considerate siccome quelle che frequentemente succedono alle infiammazioni idiopatiche della mucosa della laringe; una osservazione però più accurata à oggi dimostrato che, nella quasi totalità de' casi, le ulcerazioni della laringe sono sintomatiche. Quindi, nello stato acuto, si osservano soltanto nel corso del moccio, dell'affezione tifoidea, più raramente nel vaiolo o dietro l'uso del larlario stibiale o dose generosa: nello stato cronico, esse si ligano sempre alla esistenza de' tubercoli polmonali; in fine in alcuni casi rari sono consecutive alla infezione sifilitica. Ciò importa forse che le ulcere della laringe non possono essere primitive? Mi guarderei bene dal oppugnare questa possibilità; però penso che questo fatto sia eccessivamente raro, poichè nelle numerose autopsie da me praticate per lo spazio di sedici anni, non mai è stato dato osservarne alcun esempio, nè è potuto riscontrarne alcuno di autentico, studiando con zelo le ricerche di molti autori. Dirò pure che i sette casi raccolti dal Signor Trousséau come esempi di laringite cronica con ulcerazioni essenziali non sono concludenti; poichè ammesso, come cosa certa, la mancanza del tubercolo polmonale, non è però per me essenzialmente dimostrato, che esse non fossero l'effetto d'una infezione venerea. Lo ripeto dunque, che io non nego la possibilità delle ulcerazioni primitive, idiopatiche; dico solamente che esse sono rare, e talmente rare, che osservandole sul cadavere, o sospettandole sull'uomo vivente, bisogna supporre l'azione di alcune delle cause generali precedentemente indicate. In questo articolo non dobbiamo occuparci delle ulcerazioni sintomatiche, le quali si formano d'altronde probabilmente dietro un meccanismo affatto diverso da quello che presiede allo sviluppo delle ulcerazioni di natura infiammatoria. (Vedi gli articoli che le competono).

Sintomi. — Nella laringite cronica, la voce è costantemente alterata; spesso è soltanto oscurata; altre volte è rauca, dura, ineguale; i suoni acuti non possono essere mandati fuori. Questa raucedine varia molto nel corso della giornata; in generale è poco distinta il mattino e la sera; alcune volte succede il contrario. Diminuisce col soggiorno in un luogo elevato

e si aggrava per la esposizione al freddo ed all'umido. In fine la voce si fa più chiara durante la digestione, purchè però i malati non abbiano fatto uso di liquori spiritosi in gran quantità. La laringe è la sede d'un senso d'incomodo anzichè d'un vero dolore, ed è ciò che eccita i malati a far degli sforzi d'espiazione in atto di espellere un corpo estraneo che si sarebbe impegnato nella parte superiore del tubo vocale. Gli sputi espulsi durante il mattino, sono d'un bianco giallastro, qualche volta aggomitolati, privi di caratteri particolari. La pressione esercitata esternamente, quasi mai risveglia qualche dolore; nessun aumento nel volume della laringe si osserva. Col l'ascoltazione esercitata su di quest'organo, si trova spesso che il rumore laringeo è più aspro, è come *raspante* (Barth e Roger). Questo carattere d'altronde non merita alcuna importanza. Nella laringite cronica semplice, esistono soltanto degli accidenti locali; in fatti, per tutti gli altri rapporti i malati godono uno stato florido di salute.

Corso, durata ed esiti. — Questa malattia à un corso lento; può presentare delle esacerbazioni e passare momentaneamente allo stato acuto. Dura indeterminatamente; può persistere per moltissimi anni senza esercitare alcuna influenza sulla salute generale. Si è detto però che quando si prolunga, può degenerare in etica, in seguito del prodotto delle ulcerazioni. Per parte nostra abbiamo antecedentemente esposta la nostra opinione su questa possibilità.

Diagnosi. — La laringite cronica è di facile diagnosi; ma bisogna però distinguer bene la laringite semplice dalle differenti specie di ulcerazioni che possono aver luogo nella laringe. Così quando un ammalato il quale è rauco ed addiuviene magro, quando è preso da febbre alla sera, e da sudori durante il sonno della notte, bisognerà sospettare un' affezione tubercolosa de' polmoni, e quasi sempre la percussione e l'ascoltazione del petto consolideranno questi sospetti. La raucedine dipende essa da un' infezione sifilitica? allora sarà più considerabile che nella laringite semplice; sarà accompagnata da una espettorazione purulenta, ed in oltre esisteranno de' segni di sifilide costituzionale, come le sifilidi, l'esostosi, i dolori osteocopi, e specialmente le ulcerazioni caratteristiche sulla lingua, sulle tonsille, il velo palatino e la faringe. Se questi segni mancano, bisogna ricorrere ai commemorativi. Aggiungiamo che i fenomeni di consunzione mai esistono nella laringite semplice: così, quando questi non potranno essere ligati ad alcuna lesione tubercolosa de' polmoni, bisognerà considerare gli accidenti che si osservano dipendenti dalla laringe come di natura sifilitica. In fine il cancro della laringe si conosce mediante dei segni talmente palpabili, da tornare impossibile di poterlo con-

fondere con una laringite semplice (Vedi gli articoli *Eticia polmonale e sifilitica*).

Pronostico. — La laringite cronica semplice è sempre malattia benigna.

Etiologia. — Rara ne' ragazzi, più frequente negli uomini che nelle donne, la laringite cronica assale specialmente quelli i quali, per lo stato, faticano molto gli organi della voce, specialmente quando le professioni li espongono alle intemperie dell'aria; tali sono i mercanti ed i cantatori ambulanti. Gli eccessi de' liquori spiritosi spiegano pure una grande influenza. A questa triplice causa soprattutto bisogna riportare quelle laringiti croniche sì comuni nelle donne pubbliche de' bassi piani. Non sembra però, come lo hanno creduto per lungo tempo, che l'esposizione a' vapori irritanti, e specialmente la inspirazione de' corpi pulverulenti siano delle cause attive di laringite cronica. Non si dica lo stesso della introduzione nella laringe de' corpi estranei voluminosi, come i noccioli de' frutti, de' corpi metallici, de' frammenti di monete, ec., il cui soggiorno prolungato può essere seguito dalla pneumonia o dalla produzione de' tubercoli polmonali; alcune volte però avvi soltanto una laringite, forse con ulcerazioni, atteso che si accompagna al demagramento ed alla febbre etica; questi accidenti cedono rapidamente subito che il corpo estraneo è stato tolto o è stato espulso dalla natura.

Cura. — Nella cura della laringite bisogna prima allontanar le cause che hanno potuto influire allo sviluppo di essa. Se la raucedine è considerabile, i malati si asterranno dal parlare, se esistono dolori o sintomi subacuti, si applicheranno le sanguisughe alla laringe, o le coppe a vento alla nuca. Gli antilogistici però convengono soltanto in pochi casi ed in modo passeggero: i rivellenti poi sono sempre indicati. Tra questi si sceglieranno i vescicanti volanti o meglio permanenti, che si applicheranno al collo o alla nuca: le fregagioni coll'olio di croton e la pommata stibiata, le docciature ascendenti, solforose o alcaline. Hanno anche consigliato il setone alla nuca o lungo la laringe, o pure i canteri sulle parti laterali del collo; non crediamo però doversi impiegare contro una malattia benigna de' mezzi sì violenti, i quali lasciano indelebili tracce. Quando la tosse è frequente, si calma spesso mediante i narcotici, come le pillole di oppio, o pure le fumigazioni di datura stramonium, sostanza che i malati potranno anche fumare. Si potranno pure impiegare gli empiastri e le pommate stupefacenti. In questi ultimi tempi i signori Trousseau e Belloc hanno molto insistito affinché si opponesse alla laringite cronica una medicatura topica. Le sostanze aromatiche astringenti, amministrate sotto forma secca o umida non sembrano molto vantaggio-

se; non così però succede degli astringenti, e specialmente de' caustici, come il nitrato di argento. In fatti il Signor Trousseau à ottenuto con questo mezzo de' successi incontestabili. Il nitrato di argento s'impiega in soluzione (2 a 4 gramine per 4 gramme di acqua distillata). Volendo cauterizzare la parte superiore della laringe, si prende un pezzo di osso di balena curvato ed armato d'un pezzetto di spugna pregna della soluzione caustica. Si farà allora aprire largamente la bocca al malato; poi facendo portare la lingua in avanti, e deprimendo la base, si mette allo scoperto l'epiglottide, al di sotto della quale s'insinua la spugna, che penetra così nella laringe e la cauterizza. La stessa operazione può eseguirsi mediante una siringa simile a quella d'Anel, il cui sifone à 15 centimetri di lunghezza e si ricurva fortemente alla sua estremità. L'apertura del sifone avrà un mezzo millimetro di diametro. Finalmente lo stesso medico usa spesso le insufflazioni di sotto nitrato di bismuto, di solfato di zinco, di rame, di acetato di piombo, combinati con una quantità di zucchero variabile (di 2 a 36 volte il loro peso). Queste insufflazioni potranno farsi dal malato mediante un tubo lungo 24 o 30 centimetri, del diametro di 4 a 6 millimetri; egli introduce uno degli estremi di questo tubo, caricato della polvere medicamentosa quanto più profondamente è possibile nella gola, poscia eseguendo una grande inspirazione, trasporta il medicamento, il quale penetra nella laringe mediante la colonna dell'aria. Quantunque l'uso di tutti questi mezzi sembri giustificato da alcuni successi, non sono però tanto moltiplicati perchè si potesse usare di tutti questi rimedi con una eguale confidenza.

DELLA TRACHEITE ACUTA E CRONICA

Non tratterò in ispecial modo della tracheite, poichè ognuno sa che la infiammazione è raramente circoscritta a quest'organo, che anzi vi perviene perchè si estende o da' bronchi o dalla laringe. Ne' casi rari in cui la tracheite esiste isolatamente, si osserva un leggiero senso d'incomodo e di pizzicore alla parte inferiore del collo: esiste tosse, ed i malati espellono alcuni sputi filamentosì, trasparenti o pure opachi; alcuni si lagnano di oppressione, manca quasi sempre la febbre. Credo che la tracheite non abbia mai minacciato la vita degli ammalati.

La tracheite può esistere nello stato cronico; siccome la laringite può essere semplice o accompagnata alle ulcerazioni. Si è voluto fare di quest'ultima una forma speciale di eticia (eticia tracheale); il Signor Cayol l'ha descritta nella sua tesi. Oggi però è provato che le ulcere della trachea non sono mai indipendenti; che sempre coesistono colla eticia polmonale o col-

le ulcere della laringe, quasi sempre ligate alla stessa causa o ad una infezione sifilitica o farcinosa.

DELLA BRONCHITE

Sinonimia. — catarro; catarro polmonale; febbre catarrale infiammatoria.

La parola *bronchite* serve ad indicare la infiammazione della membrana mucosa de' bronchi. Questa espressione merita di essere preferita a quella di *catarro polmonale*; la quale risveglia l'idea d'un flusso mucoso spesso indipendente da un lavoro infiammatorio, ed in oltre perchè può esservi flemmasia della mucosa de' bronchi, senza che però esista necessariamente un aumento nella secrezione di questa membrana.

Storia e divisioni. — Quantunque la bronchite fosse da lungo tempo conosciuta, è stata però soltanto con precisione descritta dopo gl' immortali lavori di Laënnec. Tra le molteplici divisioni ammesse nella storia di questa malattia, alcune sono importanti, e meritano di essere menzionate; la prima è la divisione della bronchite *acuta* e *cronica*, poi la distinzione della prima in bronchite *semplice*, *capillare* e *pseudo-membranosa*. La bronchite capillare, la quale corrisponde al catarro soffocante degli autori, è stata soltanto ben descritta negli ultimi tempi; dapprima è stata descritta da' signori Delaberge e Monneret, dal dottor Foucart (*Thèse*, année 1842), e dal Signor Fauvel, il quale ha pubblicato le sue ricerche nella sua tesi prima nel 1840, e poi nel secondo volume *des Mémoires de la société médicale d'observation* de Paris. Finalmente ultimamente, i signori Mahot, Bonamy, Marcé e Malherbe, medici dell'Hôtel-Dieu di Nantes, hanno presentato una eccellente relazione di una epidemia di bronchite capillare che hanno osservata in comune nel 1840 e 1841.

Caratteri anatomici. — I bronchi infiammati contengono una quantità più o meno considerabile d'un muco bianco, viscoso contenente aria o opaco e purulento. La membrana mucosa è rossa; l'innervamento è disposto in forma di arborizzazione, a guisa di piastre, di zone o di piccoli punti; raramente si può dimostrare un' aumentata spessezza del tessuto. Più spesso questo si trova rammollito e bernoccolato; sembra che la suppurazione del tessuto cellulare sottostante, e la cangrena della mucosa bronchiale non siano state mai osservate. Questi caratteri anatomici della infiammazione sono più o meno estesi, quasi sempre si osservano ne' due polmoni contemporaneamente, ma limitati ad un certo numero di bronchi. Spesso non oltrepassano i grossi tubi, altre volte esistono soltanto nelle più tenui ramificazioni, allora diccsi che la bronchite è *capillare*. In

questi casi incidendo i piccoli bronchi, si trovano pieni d'una materia mucosa purulenta, densa, priva di aria, la quale li oblitera dalla seconda alla terza divisione sino alle ramificazioni capillari. Queste mucosità producono finalmente per la loro azione meccanica una dilatazione uniforme di questi condotti, la quale è d'altronde poco specchiata negli adulti, molto più ne' fanciulli. La membrana mucosa, fornita della sua normale spessezza e consistenza, è d'un rosso carico, e questa rossezza va diminuendo dalle grosse ramificazioni verso le piccole; altre volte accade il contrario. L'ostruzione de' piccoli bronchi, quando è generale, produce necessariamente una dilatazione delle vescichette (*enfisema vescicolare*), specialmente su i bordi liberi dell'organo; più raramente si osserva alcun poco di enfisema interlobulare; queste lesioni spiegano perchè i polmoni invece di abbassarsi quando si apre il petto, tendono anzi ad uscire dalla cavità. Si osservano pur anche quasi sempre le pneumonie lobulari. L'infiammazione del polmone, generalmente più frequente nel fanciullo che nell'adulto, è stata notata quasi in tutti gl'individui da' medici di Nantes. Il Signor Fauvel à fatto vedere in oltre che, ne' ragazzi, un gran numero delle vescichette dilatate, contenevano la stessa materia de' bronchi, ma vi si mostrava sotto forma di granulazioni biancastre o giallastre: bisogna prestare somma attenzione per non confondere queste colle granulazioni tubercolose alle quali moltissimo rassomigliano per la loro forma ed il loro volume. I polmoni di quest'individui in generale sono rossi sotto il taglio; i gangli bronchiali spesso sono gonfi, rossi rammolliti, almeno ne' ragazzi.

Avvi una bronchite pseudo-membranosa anatomicamente caratterizzata dal prodotto di false membrane, analoghe a quelle che abbiamo osservate nel crùp, esistenti ne' tubi bronchiali. Esse si manifestano sotto forma di piccoli cilindri bianchi, elastici, ordinariamente limitati alle piccole divisioni de' bronchi; sollevandole, e tirandole su di se stesse con precauzione, se ne può estrarre un numero considerabile, composte da un tronco centrale, dal quale partono molte divisioni che penetrano tutte in una ramificazione capillare. La bronchite pseudo-membranosa accompagna spesso la bronchite capillare.

Sintomi, corso, esiti, durata. — Nella sua forma benigna non produce altro accidente, meno che una tosse poco intensa, appena dolorosa, con espettorazione di alcuni sputi mucosi. In generale manca il mal essere e la febbre, l'appetito però è alquanto diminuito, o pure gli alimenti sembrano insipidi. Questo incomodo, chiamato volgarmente catarro, viene spesse volte in seguito della coriza; scompare frequentemente dopo alcuni giorni; altre volte si prolunga per un maggiore o minor spazio di tempo.

La bronchite acuta intensa è spesso preceduta da prodromi, specialmente quando è spontanea: quindi avvi mal'essere, orripilazioni, impressionabilità al freddo, inappetenza, coriza, cefalalgia viva, ec. Subito che la bronchite è confermata, i malati accusano un senso d'incomodo e di peso nel petto, qualche volta un solletico dispiacevole, o pure un dolore ottuso, contusivo o lacerante dietro lo sterno: un costringimento alla base e su i lati del torace. Questi patèmi esasperano la tosse; questa è spesso accompagnata da vivi dolori, laceranti, i quali sieguono la direzione dell' aspera arteria e de bronchi. La tosse è un sintomo penosissimo per i malati. Essa è spontanea, o pure provocata dalla parola, da' movimenti del corpo, dalle emozioni e l'impressione d'un' aria fredda, ec. Un solletico avendo sede verso la parte superiore della trachea la precede di pochi istanti. La tosse si riproduce ordinariamente sotto forma di *conati*, cioè che una sola inspirazione è seguita da cinque o sei scosse successive. Questi accessi, più forti e più frequenti la sera e durante la notte, molte volte impediscono il sonno. Se si riproducono senza interruzione per molti minuti, allora si veggono le giugulari gonfiarsi, la faccia va soggetta alla congestione, gli occhi si fanno lacrimanti, i malati accusano la cefalalgia ed un grande mal'essere. Se i conati sono frequenti, producono un addoloramento all' epigastrio, agl' ipocondri e verso gli attacchi del diaframma. Finalmente gli accessi della tosse, se sono violenti, o assalgono durante la digestione, sono accompagnati da nausea, da vomiti composti da alimenti biliosi o viscidati. La tosse, ora rauca, ora più o meno sonora, dapprima si manifesta secca, ma subito dopo alcuni giorni è seguita da una espettorazione composta prima da sputi mucosi, acquosi, qualche volta striati di sangue e di un sapore salato. Fuori del tempo de' conati, l'oppressione generalmente è poco considerabile. Percosso il petto presenta da per tutto un suono naturale; l'ascoltazione poi, fa conoscere al contrario, l'esistenza de' rantoli sibilanti e sonori. Se la segrezione de' bronchi è molto considerabile, esiste allora un rantolo mucoso e sotto crepitante; questo, eccettuati i casi di bronchite capillare, à quasi sempre sede alla radice de' bronchi o alla base dell' uno o dell' altro polmone (1). Il rumore naturale della respirazione è qual-

(1) Il rantolo *sibilante* dà la sensazione d'un piccolo sibilo prolungato, acuto o grave; altre volte rassomiglia molto al canto degli uccelli. Il rantolo *sonoro* o *fragoroso*, più rumoroso, consiste in un fremito che imita il ronfo d'un uomo che dorme, o il tubare della tortorella, o quello che spicca una corda di basso tocca colle dita. Il primo sembra aver luogo ne' piccoli bronchi, il secondo ne' grossi. L'uno e l'altro si spiegano per lo ristringimento de' canali dell' aria, prodotto dal gonfiamento della

che volta puerile; spesso è indebolito o mascherato; altra volta è affatto sospeso in ragione della chiusura momentanea de' tubi bronchiali per effetto di alcune mucosità; quando però queste si sono distaccate, sia spontaneamente, sia dopo gli sforzi della tosse, il rumore respiratorio ricomparisce. Questa chiusura momentanea de' bronchi può anche sospendere il rantolo sibilante e fragoroso. In fine il rantolo mucoso, essendo prodotto dal passaggio dell'aria a traverso delle mucosità, si comprende che può non essere osservato, quando i liquidi si distaccano e tosto sono espulsi.

Oltre questi sintomi locali, la bronchite acuta interna è accompagnata da fenomeni generali e simpatfici; quindi i malati si lagnano di cefalalgia sull'orbitale e da mal'essere; soffrono delle orripilazioni, la pelle è calda, umida, il polso accelerato, la lingua bianca, la sete viva, l'appetito perduto. Spesso la maggior parte di questi sintomi si esacerbano la sera e costituiscono una specie di parossismo.

Dopo aver però durato così nello stato acuto, i sintomi generali e simpatfici diminuiscono d'intensità, gli assalti della tosse sono meno penosi e meno frequenti; la segrezione bronchiale aumenta, essa è bianca, opaca, verdastra. Il volgo dice che il *catarro è maturo*: questo periodo è stato chiamato dagli antichi autori *stadio di cozione*.

La bronchite termina quasi sempre colla risoluzione, altre volte passa allo stato cronico. Non produce mai un esito funesto, meno quando gl'individui sono indeboliti dalla età o da qualche malattia grave. Quando la morte à luogo nel corso della bronchite, avviene sempre per effetto della propagazione alle piccole ramificazioni (*bronchite capillare*) o pure al parenchima de' polmoni (*pneumonia*), o pure dal perchè le mucosità segregate in grande quantità, o le forze non essendo tali per poterle espellere, si accumulano nelle vie aeree, impediscono l'entrata dell'aria, e determinano l'asfissia. La durata varia tra alcuni giorni e molti mesi; in generale è tanto più lunga in quanto che la stagione è più fredda e più umida, gli

mucosa, e dalle mucosità aderenti. Questi due rantoli sono spesso distinti sotto il nome di *rantoli secchi*; si sentono indifferentemente durante la inspirazione e la espirazione. Il rantolo sotto *crepitante* paragonato al rumore che si ottiene soffiando con un tubo sull'acqua di sapone, è caratterizzato da bolle alquanto grosse ed umide, ineguali tra loro, che si sentono soprattutto, ma non esclusivamente, durante la inspirazione; forma il passaggio tra il rantolo *crepitante* della *pneumonia* ed il rantolo *mucoso*. Questo è costituito da bolle più grosse, più umide e più rare; alcune volte produce un vero gorgogliamento. Questi due ultimi rantoli sono determinati dal passaggio dell'aria a traverso d'un liquido. Il primo à forse luogo nelle vescichette; il secondo è prodotto ne' bronchi.

individui sono più deboli, più delicati, e la malattia è stata recidiva una o molte volte.

Varietà. — La bronchite acuta può presentare alcune modificazioni ne' sintomi generali e locali. Quindi assale individui pleurici, e vigorosi? si osserveranno allora i sintomi ordinari della febbre angiotenica; gli autori dicono allora esistere un catarro *infiammatorio*. Altre volte esistono contemporaneamente i sintomi biliosi, perciò un gran numero di affezioni che Stoll à osservate nell'ultimo secolo, e che à descritto siccome polmonie biliose, per la maggior parte altro non erano se non che bronchiti intense, complicate ad uno stato bilioso il quale, a quell'epoca era il carattere predominante della costituzione medica di Europa. Bisogna puré riportare alla bronchite le numerose relazioni che trovansi su diverse febbri catarrali biliose, le quali hanno spesso regnato epidemicamente nella stessa epoca. Avvi ancora una bronchite che può chiamarsi latente: poichè ordinariamente si manifesta soltanto con una tosse secca che spesso si considera siccome di natura nervosa, e come il risultato simpatico della sofferenza di un altr' organo: l'ascoltazione non fa percepire allora alcun rumore morboso, nè un' alterazione del mormorio vescicolare. Tutto mena a conchiudere che in questi casi la flemmasia è leggiera e circoscritta alle prime divisioni de' condotti aerei. Ma le varietà più importanti della bronchite sono quelle nelle quali la flemmasia invade le piccole ramificazioni, e cagiona la ostruzione delle medesime per la presenza delle mucosità o delle false membrane: queste sono le *bronchiti capillare e pseudo-membranosa*; delle quali abbiamo fatto precedentemente conoscere i caratteri anatomici.

1.^o *Bronchite capillare.* — La bronchite capillare sembra esser sempre conseguenza della bronchite ordinaria di mediocre intensità; solamente in casi rarissimi l'inflammazione invade primitivamente i bronchi piccoli, e si manifesta tosto con sintomi più o meno gravi. Subito che la bronchite capillare esiste, si osserva una estrema prostrazione, la quale spesso si manifesta all'improvviso. L'inspirazione, accompagnata spesso da sibilo, si esiegue a gran stento, e scolla contrazione convulsiva e simultanea di tutti i muscoli che possono prendervi parte: i movimenti respiratori sono accelerati, specialmente ne' fanciulli, ne' quali si sono contate alcune volte sino a sessanta o ottanta respirazioni in ciascun minuto. La tosse è frequente, ad assalti, penosa per i dolori laceranti che risveglia dietro lo sterno. Finalmente dopo ripetute scosse, i malati espettorano alcune mucosità filamentosè, viscide, ed alcuni sputi bianchi viscosi, forniti di aria e striati di sangue; qualche volta sono delle mucosità giallastre, prive di aria, la cui espulsione non produce alcun sollievo; ciò ebbe luogo nella epidemia di Nan-

tes. La percussione fa sentire in ogni punto un suono chiaro; qualche volta avviene che il suono è esagerato, specialmente alla parte anteriore, lo che spiegasi per l'enfisema concomitante. L'ascoltazione fa conoscere la esistenza del rantolo sonoro, sibilante, mucoso, ma il rantolo sibilante è più sottile, più tenue: generalmente è misto ad un rantolo sotto crepitante; finalmente il mormorio vescicolare finisce spesso di essere osservato. Con un disturbo sì profondo nelle funzioni della respirazione, la parola è breve, ondata; il polso sempre accelerato, acquista qualche volta una frequenza eccessiva; la pelle è calda, arida, coverta di sudore; tutta l'abitudine esterna esprime il patema, l'ansietà. I malati sono costantemente assisi, le loro braccia appoggiate per sostenere alcuno de' muscoli inspiratori; la fisionomia è pallida, alterata, marmorea; le labbra e le guance sono di color violaceo. Questa lotta incessante però dell'organismo, e l'ematosi la quale si esiegue incompletamente estinguono finalmente le forze. Dopo alcuni giorni di reazione, i malati si abbattano, la respirazione diminuisce di frequenza senza addvenir più facile, i rantoli continuano allo stesso grado, eccetto il rantolo sotto crepitante, il quale ordinariamente diminuisce, o finisce completamente. La espettorazione è nello stesso tempo più penosa; la mucosità accumulandosi nell'albero della respirazione, vi determina, per l'alternativa del passaggio dell'aria, un rumore rantoloso o di gorgogliamento. La tinta violacea della faccia è più carica, si osserva lo stesso colorito a' piedi ed alle mani; alcune volte, de' cordoni, delle piastre violacee sono scolpite su tutta la superficie del corpo, il polso perde la sua forza; la frequenza accresce e si fa irregolare. I malati si abbattano vieppiù maggiormente, cadono nella sonnolenza, e muoiono lentamente conservando sino all'ultimo momento l'integrità delle facoltà intellettuali. Se poi la malattia deve avere un esito felice, il numero delle respirazioni e l'ansietà diminuiscono simultaneamente. I rantoli sono meno fragorosi, meno estesi, meno fragorosi, ciò indica che il polmone si è fatto più permeabile; la pelle perde a poco a poco il suo colorito violaceo, finalmente la convalescenza si manifesta. I malati però presentano per lungo tempo tutti i sintomi d'una bronchite semplice.

Gli accidenti propri della bronchite capillare finiscono dopo una durata variabile; questa è raramente minore di cinque giorni, e non oltrepassa affatto il decimo o il quindicesimo. Quando la morte à luogo, ordinariamente succede in questo intervallo. La convalescenza è sempre molto lunga; questa malattia va soggetta alle recidive.

2.^o *Bronchite pseudo-membranosa.* — I sintomi indicati sono precisamente quelli che si osservano nella bronchite *pseudo*

membranosa. Questa si distingue dalla precedente soltanto per i caratteri della espettorazione, i quali sono estremamente rimarcabili. I malati espellono, dopo i conati di tosse più o meno ripetuti, delle false membrane piane, a guisa di fettucce, di tubi, ramificate, qualche volta della forma di una radice con la sua barba. In generale i malati si sentono sollevati dietro questa espettorazione; i segni però di soffocazione e di asfissia ricompariscono tosto che la membrana si è riprodotta. Ne' due casi osservati da signori Barth e Cazeaux, l'ascoltazione avea fatto distinguere un *piccolo rumore di valvula*, il quale si riproduceva quando le false membrane, in parte distaccate, galleggiavano nell'albero della respirazione, oltre poi i rantoli sibilante e sonoro.

Diagnosi. — La diagnosi della bronchite è quasi sempre facile; in fatti, il carattere della tosse e della espettorazione, il suono naturale del petto e la natura de' rantoli secchi ed umidi, la faranno sempre distinguere da qualunque altra malattia acuta del petto. La bronchite capillare oltre de' caratteri egualmente distinti, e vedremo l'impossibilità di poterla confondere colla tosse canina nè colla pneumonia. La bronchite pseudo-membranosa, malgrado l'oppressione che l'accompagna e l'uscita delle false membrane, non potrà certamente essere confusa col crup, perchè manca la respirazione sibilante, la raucedine, l'afonia, la tosse e la voce del crup. Sarà facilmente distinta dalla laringite stridula, malattia quasi apiretica, la quale determina una soffocazione che si mostra con accessi; in oltre non si trovano mediante l'ascoltazione i rantoli fragorosi, nè colla percussione il rumore sonoro dell'enfisema che osservasi nella bronchite capillare.

Pronostico. — Il pronostico della bronchite capillare è gravissimo, poichè questa malattia uccide il sesto degli adulti ed i sette ottavi de' fanciulli che ne sono colpiti. In questi però non bisogna dimenticare che la bronchite capillare si complica frequentemente alla pneumonia lobulare, la quale è una causa di nuovi pericoli. La bronchite pseudo-membranosa è almeno tanto grave quanto la precedente. L'inflammazione semplice de' grossi bronchi poi è una malattia benigna, l'esito della quale è costantemente felice, eccettuato ne' vecchi, ne' ragazzi, ed in generale in tutti gl'individui deboli.

Etiologia. — La bronchite è malattia comunissima; raramente lo stesso individuo non ne è affetto molte volte nel corso della sua esistenza. Però più frequente ne' due estremi della vita, sembra essere più comune nell'uomo che nella donna (Louis e Ruz), lo che dipende forse dalle condizioni igieniche differenti alle quali i due sessi sono inegualmente esposti. La predisposizione alla bronchite è tanto più grande per quante vol-

te si è stati affetti. Questa malattia, nella maggior parte dei casi, si manifesta in modo spontaneo, e senza poter conoscere la causa determinante; il più delle volte però è consecutiva all'azione del freddo, ad un raffreddamento parziale della testa o de' piedi, o pure alle variazioni istantanee dell'atmosfera: quindi la malattia è più frequente in inverno, nella primavera e nell'autunno. Qualche volta regna epidemica durante queste stagioni. Alcune bronchiti sono *sintomatiche*; non dobbiamo occuparcene in questo luogo, poichè sono quelle che si osservano nel morbillo e nella febbre tifoidea. Spesse volte addiventano capillari.

Cura. — Il metodo di cura deve variare secondo la intensione della malattia. Se la bronchite è benigna ed affatto apiretica, basta fare osservare a' malati una buona igiene; faranno uso con sommo vantaggio, delle bevande e delle pastiglie pettorali. In questa forma di malattia molti medici hanno consigliato diversi mezzi per fare abortire la malattia; così Laënnec, di accordo col volgo, consigliava l'uso de' liquori spiritosi (vino; poncio, acquavita) presi a caldo, in modo da procurare una forte diaforesi; altri hanno impiegato i purganti blandi, i rivellenti cutanei. Questi ultimi sono sempre utili. Per gli eccitanti diffusivi, bisogna limitarne l'uso per i malati che non sono pleurici, che non soffrono alcuna flemmasia gastro-intestinale, nè alcuna tendenza a contrarre una pneumonia. D'altronde è cosa prudente astenersi da questi mezzi. Il signor Forget tiene in simil caso un metodo più saggio; egli amministra l'oppio a piccola dose, e fa abortire così la malattia in pochi giorni.

Se la bronchite è più intensa, se è accompagnata da febbre, bisogna prescrivere un assoluto riposo, la dieta, le bevande dolci; e se il polso è largo, il calore elevato, l'oppressione forte, bisognerà praticare una o molte emissioni sanguigne. Ordinariamente si preferisce il salasso della vena a quello delle sanguisughe; si aggiungeranno i pediluvii irritanti ed i blandi purgativi. Se il petto è addolorato, si potrà applicare con vantaggio sopra lo sterno un cataplasma emolliente, che si coprirà col taffetà o con una flanella, per prevenire il raffreddamento. I vomitivi sono molto in uso nella bronchite, i quali s'impiegano in due casi cioè, o per combattere i sintomi biliosi, o per favorire l'espettorazione. In fatti, quando per una causa qualunque, le mucosità sono incompletamente espulse e si accumulano ne' bronchi, l'emetico e l'ipocacuana ne provocano l'uscita durante le scosse del vomito. Queste sostanze sono pure atte ad eccitare la diaforesi. I vomitivi debbono anche amministrarsi nella maggior parte de' casi, abbenchè alcun accidente gastrico non sembri richiederne l'uso. Questo è un mezzo tanto lodato dal signor Girard di Marsiglia ne' casi di bron-

cliti acute (*Archives* del 1843). La tosse è un sintomo molto incomodo, ed esige mezzi speciali. Contro di questa si useranno i piediluvi irritanti, e specialmente le preparazioni di opio sotto forma di pillole o di pozioni; finalmente ne' casi più ostinati, si sperimenterà l'uso del bagno tiepido alquanto prolungato. Questo mezzo è molto proficuo specialmente ne' ragazzi.

Quando tutti gli accidenti acuti sono scomparsi, quando i segni di congestione sono finiti, e la tosse e la espettorazione continuano, bisognerà insistere sulla medicatura rivellente, cioè su' purgativi; i sudoriferi sotto forma di bevande o applicati all'esterno; tali sono i bagni a vapore, le frizioni secche aromatiche sulla pelle, gli empiastri eccitanti, rubefacenti, vescicatori sul petto (sparadrap, pece di Bourgogne, vescicanti). A questi mezzi si associeranno alcune bevande leggermente eccitanti, come il lichene, l'edera terrestre, l'isopo, la poligola ec. Finalmente, se la malattia passa allo stato cronico, si prescriveranno tutti quei mezzi de' quali parleremo in appresso.

Nella bronchite capillare, bisognerà insistere sul metodo antilogistico e rivellente: conviene però evitare la troppo frequenza de' salassi, nel timore di debilitare troppo le forze. D'altronde, consultando le nostre proprie osservazioni, diremo che il salasso produce generalmente un sollievo molto meno pronto e meno distinto di quello che producono i vomitivi, dopo dei quali i malati respirano meglio. Dunque bisognerà ripeterli a qualche giorno di distanza: il signor professore Michele Lévy à ultimamente dimostrato i buoni effetti di questo metodo nello spedale del Val-de-Grâce, siccome risulta da un lavoro pubblicato nel 1845 nella *Gazette médicale*, per Chambert. Il vomitivo è anche applicabile, specialmente ne' casi di bronchite pseudo-membranosa. I purganti sono molto meno vantaggiosi. In fine quando malgrado tutti questi mezzi l'oppressione continua a progredire, si potrà prevenire il pericolo applicando un largo vescicante sulla parte anteriore del torace. Nel secondo periodo, quando la reazione si unisce alla oppressione, bisogna sostenere le forze mediante alcuni tonici, come la poligola, le infusioni di china-china, le bevande con vino; nello stesso tempo si amministreranno le sostanze l'uso delle quali è consacrato dalla esperienza siccome capaci di favorire la espettorazione: tali sono in particolare l'ossimele scillitico ed il chermes. In tutti i casi, specialmente ne' vecchi e ne' fanciulli, bisogna sorvegliare la posizione nel letto, e dare a questi malati la posizione la più convenevole per favorire la espettorazione: si faranno spesso cambiar di sito per prevenire le congestioni passive.

DELLA BRONCHITE CRONICA

La bronchite spesso si osserva nello stato cronico, la quale ora è primitiva, altra volta consecutiva della forma acuta.

Caratteri anatomici. — Le lesioni spesso differiscono da quelle che si osservano nella forma acuta. Nella bronchite cronica pertanto il colorito della mucosa è violaceo, di lavagna: questo colorito è parziale; esiste uniformemente sopra una certa superficie, o pure è irregolarmente disseminato. Raramente la membrana mucosa si trova rammollita, e non lo è mai al punto da ridursi in una polpa sotto la pressione del dito, come lo si vede frequentemente sopra la mucosa gastro intestinale. A torto alcuni autori hanno indicato le ulcerazioni siccome un carattere anatomico molto frequente nella bronchite cronica. Le ricerche de' medici francesi, quelle del signor Louis ed Andral specialmente, hanno dimostrato in fatti che le ulcerazioni de' bronchi erano eccessivamente rare fuori de' casi dell' affezione tubercolosa. Si vede al contrario alcune volte, la mucosa cronicamente infiammata subire uno spessimento molto considerabile per poter restringere ed anche obliterare perfettamente il calibro delle piccole ramificazioni; si sono pure osservate delle concrezioni pseudo-membranose aver luogo, come nello stato acuto, finalmente avvi un' alterazione la quale coincide frequentemente colla bronchite cronica: intendo parlare della dilatazione de' bronchi e dell' enfisema, delle quali ne parleremo altrove.

Sintomi. — Nella bronchite cronica, non esiste comunemente alcun dolore nel petto; però alcune volte i malati provano all' epigastrio e dietro lo sterno un senso d' incomodo, di calore o di pressione permanente, o che si risveglia in modo passeggero dietro i conati di tosse. La respirazione non è ordinariamente accelerata, almeno quando i malati stanno in riposo: però alcuni soffrono una dispnea abituale, la quale si aumenta coll' esercizio, e può anche manifestarsi sotto forma di accesso. La bronchite cronica può produrre in fatti tutti gli accidenti che caratterizzano gli accessi dell' asma, ciò si osserva specialmente ne' casi in cui la membrana mucosa de' bronchi è spessita in una grande estensione; si è pur anche supposto che questi accidenti potevano essere il risultato d' una congestione istantanea della mucosa o della ostruzione de' rami bronchiali per effetto delle mucosità; checchè ne sia, in questi casi, la dispnea, avendo luogo quasi istantaneamente, perviene rapidamente al suo massimo grado d' intensità; essa sparisce ordinariamente dopo un' uscita abbondante di sputi, e non lascia dietro di essa altri disturbi nelle funzioni della respirazione meno quelli che risultano dalla bronchite medesima. La tosse e l' espettorazione sono i due sintomi predominanti nella bronchite cronica. La tosse è rara o frequen-

te; in quest' ultimo caso essa si manifesta sotto forma di conati. L' espettorazione è facile o difficile, rara o abbondante; le materie espettorate sono variabilissime: esse possono esser grigiastre o giallastre, verdastre, opache o d'un bianco opaco, o pururulententi; si attaccano al fondo del vaso (catarro mucoso); qualche volta è un liquido senza colore, trasparente, filante, spumoso alla superficie, che quando si toglie questa schiuma, rassomiglia al bianco dell' novo sciolto nell' acqua (*catarro pituitoso*). Quest' ultima specie però di espettorazione caratterizza piuttosto un flusso particolare de' bronchi anzichè la bronchite cronica, del quale ne daremo più tardi i dettagli (Vedi *Broncorrea*). La quantità de' sputi è variabile, il più delle volte ascende da 40 a 60 gramme; può però elevarsi sino ad 1 chilogramma, ed in questo caso si possono vedere i malati espettorare una grande quantità di sputi in una sola volta, come se una vomica si fosse aperta ne' bronchi; altre volte poi manca la espettorazione, o almeno i malati non sputano nel corso delle ventiquattr' ore, se non che alcuni sputi globosi perlati, del color grigio di perla, e della consistenza dell' amido (*Questo è il catarro secco di Laënnec*). D'altronde l' espettorazione offre numerose differenze nello stesso individuo; quindi avviene più abbondante ne' tempi umidi, o dopo il raffreddamento, dopo l' uso di certi alimenti, e generalmente dopo tutte le cause capaci di accrescere la congestione della membrana mucosa de' bronchi.

Nella bronchite cronica, il suono del torace è normale, e coll' ascoltazione si verificano i rantoli sonori, sibilante, mucoso e sottocrepitante dello stato acuto. I due primi esistono spesso in tutta la estensione de' polmoni, mentre i due altri, l' ultimo specialmente si osservano soltanto alla parte di dietro alla base de' due polmoni. In generale, la bronchite cronica semplice non si accompagna affatto alla febbre nè ad alcun disturbo grave per parte delle funzioni digestive ed assimilatrici. Questa segregazione però de' bronchi è considerabile, e se la mucosa è ingorgata in una grande estensione, può manifestarsi un poco di demagramento: ciò dipende spesso da' disturbi delle funzioni digestive.

Corso, durata, esiti. — La bronchite cronica persiste in generale in modo continuo, o con esacerbazioni per molti mesi. Se si manifesta al principiar dell' inverno, raramente finisce completamente prima de' calori dell' està; ricompare spesso dopo i primi freddi, per conseguenza la sua durata non è niente di stabile. Questa malattia può risolversi; la risoluzione è spesso sollecitata dal passaggio allo stato acuto: però ne' vecchi questa recrudescenza annunzia spesso lo sviluppo d' una pneumonia. Finalmente sembra che la morte sia stata qualche volta

prodotta dallo spassamento che à luogo in seguito di qualunque eccessiva segrezione. È raro però che non vi abbia allora qualche altra grave alterazione, la quale per se sola spieghi la morte, o almeno ne à abbreviato il termine; tali sono specialmente i tubereoli polmonali e le malattie del cuore. In fine spesso accade che tutti i segni anatomici della infiammazione finiscono; la mucosa riprende allora il suo colorito, la sua consistenza e la sua spessezza; nonostante però tutto ciò, l'espettorazione continua abbondante come per lo passato; la malattia allora à cambiato evidentemente di natura. In questo caso non bisogna intravedere che una semplice modifica, un perversimento della segrezione che riconosce per punto di partenza la infiammazione, ma che poi continua, quantunque questa finisca. Bisogna allora supporre che la membrana à subito una modifica tutta vitale, e per conseguenza incapace di esser conosciuta.

Diagnosi. — La diagnosi differenziale della bronchite cronica sarà studiata accuratamente agli articoli *Broncorrea ed Ectasia polmonale*.

Pronostico. — Il pronostico è grave soltanto ne' vecchi e negl' individui deboli. In tutti i casi, la bronchite cronica costituisce una malattia incomoda, spesso spiacevole, ostinatissima a' mezzi terapeutici, soggetta alle recidive e che può produrre, o almeno favorire diverse lesioni organiche, come l'aneurisma del cuore e le dilatazioni de' bronchi, come anche quella delle vescichette polmonali. In quanto a' tubercoli i quali sono stati considerati come una conseguenza frequente della bronchite, dimostreremo che ne sono affatto indipendenti.

Etiologia. — La bronchite cronica si manifesta in tutte le età, ma particolarmente ne' vecchi; è rara però nell'infanzia. Gl' individui d' una costituzione molle, linfatica, quelli che abitano i luoghi umidi o che sono esposti alle variazioni atmosferiche vi sono più predisposti. Ne' ragazzi la malattia è spesso consecutiva alla tosse canina.

Cura. — Siccome in tutte le altre malattie, la cura della bronchite cronica deve variare secondo lo stato generale e locale. Raramente il metodo antilogistico può essere indicato; però sarebbe cosa utile praticarlo quando l'individuo è forte e la dispnea è permanente. I rivellenti poi sono sempre vantaggiosi. Dapprima si prescriverà l'uso della flanella sul petto ed anche su tutto il corpo; si praticheranno le frizioni seche, aromatiche sul torace, si applicheranno gli empiastri rubefacenti ed anche i vescicanti (pece di Bourgoigne, vescicatori); si cercherà di stabilire una forte diaforesi mediante i bagni a vapore; finalmente, se lo stato degli organi lo permette, si amministreranno alcuni lassativi, e se l'individuo è debole si preferiranno quelle preparazioni, le quali godono contemporaneamente

della proprietà tonica, come il rabarbaro. Laënnec à pure raccomandato l'uso de' vomitivi, ripetuti tante volte per quanto le forze dell'infermo lo permettono, ed il modo di sopportarle.

I pratici sono di accordo sulla prescrizione nella bronchite cronica delle sostanze amare ed aromatiche sotto forma di tisane, di pozioni o di pastiglie, ec.: tali sarebbero il lichene, l'edera terrestre, l'isopo, la poligola, la china-china, l'acqua di catrame, la terebentina, i balsami del Perou, della Mecca, di tolu, di cobaibe, le fumigazioni resinose; aggiungiamo le acque solforose di Enghien d'Aix, de Bonnes, di Cauterets, di Baresges, di Louchon, le acque del Mont-Dore; le fumigazioni di jodo e di cloro, le aspersioni ammoniacali facendo passare rapidamente sotto il naso e la bocca un bottoncino contenente l'ammoniaca liquida da 20 sino a 30. Finalmente gl'Inglesi raccomandano il colchico di autunno, il quale agisce e come diuretico e come drastico.

Alcuni accidenti richieggono certi mezzi speciali; così quando i conati della tosse sono troppo frequenti, si calmeranno mediante i narcotici, e specialmente coll'oppio in pillole. Se gli spurghi si espettorano difficilmente, e se si accumulano ne' bronchi colla minaccia di produrre alcuni accidenti, si prescriveranno i vomitivi, e specialmente l'ipocacuana, sino a provocare i vomiti, o pure a dose rifratta, perchè potesse eccitare le nausee continue. In questi casi, si usa con maggior vantaggio il chermes o l'ossimela scillitico. Quando la difficoltà della espettorazione dipende dalla viscosità eccessiva degli spurghi, i quali sono pure in piccola quantità (*sputi perlati*) tali quali si osservano nella varietà della bronchite, che Laënnec à distinto sotto il nome di *catarro secco*, si potrà, seguendo l'esempio di questo illustre medico, sperimentare l'uso degli alcali leggeri, come il sapone in pillole, i bagni alcalini, l'acqua di Vichy, ec. I mezzi dapprima indicati, modificando lo stato della mucosa, diminuiranno la segrezione catarrale. Se poi questa continuerà ad essere abbondante, si tenterà un mezzo molte volte trovato utile dal Signor Piorry il quale consiste nell'astinenza completa delle bevande per quanto più sarà possibile.

DELLA GRIPPA

Sinonimia. — Catarro epidemico, cocote, influenza, ec. Grippa deriva, dicono, dalla parola polonese *chrypka*, che significa raucedine.

La gripa è una malattia caratterizzata dalla coriza ed i sintomi ordinari d'una bronchite poco intensa, accompagnata da febbre, cefalalgia, spezzamento, stirature, ed un appassimen-

to, il quale non trovasi in rapporto nè colle sofferenze nè colle lesioni locali che si osservano.

Istoria. — Un distinto medico tanto pel talento quanto pel carattere, il Signor Raige-Delorme, à inserito nel tomo X.^o del *Didionnaire de médecine* un articolo interessantissimo sulla grippe, ed à dimostrato che nessun documento provava la esistenza della malattia prima del secolo XV.^o; le prime descrizioni pertanto si contano soltanto dal 1580. Dopo quest' epoca, la grippe si è mostrata di tempo in tempo nelle diverse parti del globo. Tutte le epidemie descritte sono state rimarcabili pel gran numero degl' individui che ànno colpiti e per la estensione del paese che ànno percorso. La grippe si è mostrata in Francia dopo il 1803, quando comparve nel 1830, ritornò nel 1833, ed inerudeli nel 1837.

Anatomia patologica. — La grippe uccidendo i malati soltanto per le sue complicazioni, s' ignorano le lesioni proprie della malattia; solamente si conosce che nell' autopsia si rinven- gono le mucose delle fosse nasali, della faringe e della laringe, rosse, inietate, gonfiate; e questa stessa alterazione si propa- ga più oltre ne' bronchi, dove il Signor Nonat ed altri ànno trovato molte volte delle pseudo-membrane; allora però esisteva sempre una pneumonia semplice o doppia, che forma la lesio- ne concomitante della grippe la più frequente, e quella che uccide il maggior numero de' malati.

Sintomi. — Allo sviluppo i malati si lagnano d' un mal es- sere, si sentono oppressi, soffrono delle stirature, dolori ottu- si nelle membra, nel petto e nell' epigastrio; sono affetti da una cefalalgia violenta, qualche volta atroce, ora generale, il più delle volte circoscritta alla fronte, accompagnata da vertigini e da sussuri negli orecchi, spesso sono affetti da epistassi. La loro fisionomia esprime i patemi, le loro forze sempre prostra- te, qualche volta lo sono in un modo estremo, in guisa che i malati sembrano colpiti da qualche grave affezione concomitan- te; molti van soggetti alle lipotimie. La febbre variabile, ora violenta altra volta leggiera, qualche altra volta non esistendo affatto, in generale è d' una mediocre intensione; spesso offre de' raddoppiamenti verso la sera: quindi le notti sono agitate e tormentose. Il sangue estratto dalla vena non offre sempre lo stesso aspetto. Così il grumo è qualche volta molto denso e co- ttenoso; altre fiate è molle e quasi sciolto, questo fenome- no fu notato specialmente nella grippe del 1737. Nello stesso tempo i segni delle flemmasie esistono costantemente dalla par- te delle membrane mucose: quindi non mancano gl' imbriglia- menti, l' odorato è perduto; un fluido sieroso sgorga abbon- dantemente dalle narici (coriza); gli occhi sono rossi, lagri- manti, alcun poco tumidi, intolleranti la luce. Molti amma-

lati si lagnano d'un leggiero male di gola: quasi tutti sono rauchi, e soffrono un solletico alla parte superiore della laringe, un senso di ardore e di calore dietro lo sterno; la tosse è più o meno frequente sotto forma di conati, sempre incomodissima, dolorosissima, dappriuna secca, ma che poscia produce l'uscita di sputi mucosi più o meno abbondanti. Il petto è sonoro sotto la percussione; il più delle volte si avverte qualche rantolo sibilante, sonoro, sotto-crepitante o mucoso. Esiste la dispnea ed un senso di oppressione, sintomi che non hanno alcun rapporto co' risultati dati dalla osservazione fisica. I disturbi degli organi digestivi sono variabilissimi, spesso altro fenomeno non avvi meno che un poco d'inappetenza. In molte epidemie, esistevano quasi sempre nausea, vomiti o diarrea.

La maggior parte de' sintomi precedenti possono esistere insieme allo stesso grado: altre volte poi alcuni di essi mancano o sono appena poco percettibili, mentre molti predominano ed imprimono alla malattia una fisionomia speciale; quindi è che si osserva in un caso il predominio de' sintomi nervosi, in un altro i disturbi addominali, secondo il carattere della epidemia o le predisposizioni individuali; altre volte sono gli accidenti toracici: da ciò la divisione di *grippa encefalica*, *addominale*, *pettorale*, la quale è stata proposta da moderni autori.

Corso, durata, esiti. — Il più delle volte la grippe segue un corso rapido e continuo. Quando è semplice dura da quattro a dieci giorni, e si risolve spesso con fenomeni critici, specialmente con abbondanti sudori. La maggior parte de' malati restano per qualche tempo deboli: ma la languidezza della convalescenza non è in rapporto con quella della malattia. Quando la grippe è libera da qualunque complicanza, mancano esempi di morte, è grave soltanto negli etici de' quali accelera il termine fatale, o quando sopravviene una malattia intercorrente. Le pneumonie sono la complicazione più frequente che si osserva in questi casi. Siccome io il primo l'ò dimostrato nella epidemia del 1837 (Vedi la *Stampa medica*), queste flemmasie hanno spesso una fisionomia speciale, e sono sempre più gravi di quello lo sono quando si manifestano primitive.

Diagnosi. — La grippe sarà facilmente distinta dalla corizza, dalla bronchite ordinaria o da un accesso di emicrania per l'oppressione, la prostrazione ed i dolori che l'accompagnano. I sintomi nervosi si manifesti sin dallo sviluppo, spesso accompagnati da epistassi e da diarrea, da veglia, da rantoli sibilanti nel petto, facevano sì che nella epidemia del 1837, non si poteva conoscere se i malati fossero affetti dalla grippe o dalla incipiente febbre tifoidea. Però l'invasione brusca del male, il quale in poche ore o nel corso di uno

o due giorni era arrivato al massimo grado d'intensione (cosa insolita nell'affezione tifoidea), menava a concludere che i malati erano sotto la influenza della epidemia regnante. Torna anche più difficile poter distinguere la grippe dal morbillo al secondo stadio, in ragione de' sintomi catarrali che loro sono comuni, e dello stato generale, che spesso è lo stesso nelle due malattie; il corso però non tarda a richiamare l'attenzione del medico sulla sua natura.

Pronostico. — Da ciò che abbiamo detto precedentemente, la grippe è grave soltanto negl' individui deboli, che già sono affetti da qualche malattia grave, o quando si complica ad una flemmasia polmonale.

Etiologia. — La grippe è malattia essenzialmente epidemica, la cui comparsa in un paese non può essere spiegata da alcuna condizione speciale, atteso che la si vede regnare in tutti i climi e sotto tutte le temperature. Nulla si conosce di preciso sulle condizioni che possono costituire una predisposizione a contrarre la malattia in ciascun individuo.

Cura. — Quando la grippe è semplice, benigna bisogna limitarsi a consigliare il riposo, la dieta, l'uso delle bevande dolci e calde per provocare i sudori, ed alcuni piediluvii irritanti per sgravare la testa. Se il polso è largo duro, bisogna sollecitamente far cavar sangue in piccola quantità; in generale però bisogna esser parchi sulle emissioni sanguigne. I purganti non saranno prescritti se non quando saranno bene indicati. L'oppio è ordinariamente vantaggioso per calmare i dolori e procurare qualche riposo. Se le membra, e le articolazioni specialmente sono la sede di dolori veri, siccome fu osservato nella epidemia del 1837, si avrà qualche sollievo mediante i cataplasmi oppiati, o mediante le unzioni col balsamo tranquillo ed il laudano; altre volte sono stati guariti co' liuimenti ammoniacali: se finalmente si mostrano ostinati, bisogna applicare un vescicante volante. Per le complicazioni (Vedi Pneumonia).

Natura. — Quantunque la grippe, stia vicina alla bronchite, non bisogna credere che essa sia unicamente costituita da una flemmasia della mucosa delle vie respiratorie, poichè i disturbi nervosi che l'accompagnano e la mancanza di rapporto che esiste tra i sintomi toracici e gli altri fenomeni morbosi indicano l'azione d'una causa generale, ancora ignorata per la sua essenza e per la sua sede.

DELLA PNEUMONIA

Sinonimia. — Peripneumonia, pneumonite, flussione del petto, febbre pneumonica, *peripneumonia vera*.

La parola pneumonia serve ad indicare la infiammazione del parenchima polmonale. Questa malattia è una delle più importanti del quadro nosologico per la sua estrema frequenza, la sua gravezza e le difficoltà che presenta la sua terapeutica. Mi tornerebbe impossibil cosa poter comprendere in questo articolo tutte le quistioni che si rannodano a questo vasto soggetto, la soluzione del quale è importantissima molto più per la pratica che per la scienza istessa. Prego dunque il lettore di leggere l'opera da me pubblicata pochi anni fa, nella quale la pneumonia è stata studiata nelle differenti età della vita, e ne' suoi rapporti colle altre malattie acute e croniche, dietro l'analisi d'un infinito numero di osservazioni, e mettendo a profitto i lavori de' miei predecessori e quelli de' miei contemporanei, tra i quali debbo citare in preferenza i signori Laënnec, Andral, Chomel, Louis, Piorry, Stokes, per la pneumonia degli adulti; i signori Hourmann, Dechambre, per quella dei vecchi, ed i signori Gerhard, Ruz, Valleix, Rilliet, Barthez, per quella de' fanciulli dalla nascita sino alla pubertà.

Anatomia patologica. — Dopo Laënnec, gli anatomo-patologi hanno ammesso tre gradi nella infiammazione polmonale; sono stati distinti sotto i nomi d'*ingorgo*, di *epatizzazione rossa*, e di *epatizzazione grigia*.

Nel *primo grado o ingorgo*, il polmone offre esternamente ne' punti affetti un color violaceo, livido o simile alla feccia del vino; è meno crepitante, ha perduto la sua elasticità, è più pesante; immerso nell'acqua galleggia incompletamente. Quando lo si divide collo scalpello, sfugge dalla superficie delle incisioni un liquido sieroso, rossastro, torbido, schiumoso; è friabile, ed il dito lo penetra facilmente. Questa friabilità è stata per lungo tempo considerata siccome capace di far distinguere l'ingorgo infiammatorio da quello cadaverico; noi però abbiamo precedentemente provato la impossibilità di distinguere questi due stati l'uno dall'altro, per la semplice ispezione anatomica. D'altronde, nella maggior parte de' casi, l'ingorgo coincide con una o molte alterazioni le quali caratterizzano il secondo ed il terzo grado.

Nella pneumonia pervenuta al *secondo grado*, il polmone è manifestamente aumentato di volume, lo che fa sì che la impressione delle coste può essere distinta sulle superficie affette. Nello stesso tempo il tessuto dell'organo è duro, niente affatto crepitante, assolutamente impermeabile; lo che spiega il perchè, immergendolo nell'acqua, lungi di galleggiare precipita al fon-

do del vaso. Questa porzione del polmone, d' un colore rosso carico esternamente, offre nell' interno sotto il taglio lo stesso colorito; questo è ora uniforme, il più delle volte però è ineguale, e variopinto, in modo da imitare il colorito di certi marmi o graniti. Il liquido che scappa è rossastro, privo di aria, meno abbondante che nel primo grado. Il carattere anatomico più importante però vien fornito dall' esame delle superficie incise, le quali sono disseminate da granulazioni rosse, dure, rotonde, o poco piane, e che altro non sono se non che le vescichette polmonali trasformate in corpi solidi a causa dello spessimento delle pareti o le oblitterazioni della loro cavità. Questa disposizione bernocoluta è specialmente manifesta, quando si lacera il polmone invece di dividerlo collo strumento tagliente; la si trova sempre nell' adulto, mentre sembra mancare qualche volta nella pneumonia de' neonati (Valleix) ed in quella de' vecchi (Hourmann e Dechambre). È cosa evidente che nell' alterazione che stiamo descrivendo, le vescichette polmonali, come pure il tessuto cellulare intervescicolare, sono egualmente affetti. Il colorito che acquista il polmone nel secondo grado della polmonia, la sua durezza, il peso specifico aumentato, e l' aspetto bernocoluto della superficie, lo fanno molto rassomigliare al tessuto del fegato; quindi quest' alterazione si distingue comunemente sotto il nome di *epatizzazione rossa* o *induramento rosso*. Il Signor Andral ha proposto la parola di *rammollimento rosso*, perchè nel fatto il tessuto del polmone, benchè duro, pur nondimeno è più friabile. Il secondo grado della pneumonia è pur anche caratterizzato da due altre lesioni, cioè la *carnificazione* e la *splenizzazione*. Nella prima, il tessuto polmonale è rosso, umido, duro, affatto bernocoluto, quasi omogeneo; quest' alterazione è rarissima. Si dice che il polmone è *splenizzato* quando il suo tessuto, del color del vino, fluido, poco o niente bernocoluto, più o meno completamente impermeabile, offre una certa rassomiglianza col parenchima della milza. Quest' alterazione si manifesta spesso negl' individui deboli, in quelli, per esempio, che sono colpiti da polmonia nel corso delle malattie gravi, come la febbre tifoidea.

Nel *terzo grado* della pneumonia, il polmone conserva il volume, la durezza, l' impermeabilità e lo stato bernocoluto che abbiamo notati ne' casi di epatizzazione; tosto però il colore rosso è sostituito a poco a poco da un colore grigio, giallo di paglia, il quale comincia con punti disseminati e finisce per farsi generale. Allora il tessuto polmonale è anche più friabile di prima; infatti basta la più leggiera pressione perchè si riduca in una polpa grigiastrea, e dividendola, si vede gemere una materia opaca molto somigliante al pus. In ragione di questi differenti caratteri si è indifferentemente distinto il terzo gra-

do della pneumonia co' nomi di *epatizzazione* o d' *induramento grigio*, di *rammollimento grigio* e d' *infiltramento purulento*.

Il pus però, dapprima infiltrato, può presto o tardi riunirsi in uno o molti focolari, cioè formare degli ascessi. Queste collezioni, semplici o molteplici, hanno sede quasi sempre (nove volte su dodici) sotto la pleura, la quale ora è assottigliata e rammollita, altra volta spessita e più resistente. Il focolaro, più frequente nel lobo superiore, può avere soltanto una estensione di 5 a 7 millimetri, o pure presenterà sino a 15 o 18 centimetri di altezza su 6 di larghezza. La cavità dell' ascesso è ordinariamente scabiosa, le sue pareti sono ineguali, infiltrate di pus; qualche volta sono cangrenate: finalmente spesso sono levigate e tappezzate da una falsa membrana più o meno densa ed elastica la quale si forma con una rapidità sorprendente. La cavità raramente comunica con i bronchi; il pus contenuto ora è flemmonoso, ora rossastro e privo di odore; è però fetido, se il focolaro contiene degli avanzi di tessuto polmonale mortificati. Finalmente se l' ascesso invece di succedere ad una polmonia semplice, siegue alla rottura nel polmone d' un focolaro formato in un altr' organo, come il fegato, la milza od il rene sinistro, ec. (ascessi che ò chiamati in altro luogo *perforanti*), si trova in generale una caverna più larga, la quale comunica sempre coll' ascesso primitivo, ed il più delle volte con uno o con molti bronchi; il pus contenuto raramente è flemmonoso, ed è quasi sempre misto ad alcuni differenti avanzi organici. Torna quasi inutile di pervenire gli osservatori d' un errore che i nostri antecessori hanno commesso nel considerare come ascessi polmonali i tubercoli rammolliti, e più spesso ancora le dilatazioni de' bronchi e le pleurisie interlobulari (Vedi *Pleurisia*). In fine importa conoscere esistere degli ascessi affatto consecutivi alla morte, i quali si formano per la pressione esercitata sulle parti molto rammollite del polmone quando lo si estrae dal petto.

I punti del polmone che si osservano affetti all' apertura del corpo essendo stati colpiti successivamente, o pure la infiammazione avendo seguito un andamento ineguale in ciascuno di essi, ne siegue che quasi sempre si trovano riuniti i due gradi della pneumonia ed anche tutti tre contemporaneamente. Le lesioni del polmone sono più o meno estese; possono occupare tutto l' organo, raramente però, o pure invadere un sol lobo; infine alcune volte, e specialmente ne' ragazzi, la flemmasia occupa soltanto uno o molti loboli; allora chiamasi *lobulare*, *acuminata*, o *disseminata*; quest' alterazione è caratterizzata dai noccioli di epatizzazione rossa o grigia, disseminati in numero invariabile (da 2 a 30), in uno de' polmoni o in tutti due insieme. La maggior parte hanno un volume d' un' avellana o di

una noce : situati quasi tutti superficialmente , si distinguono sotto la pleura , a foggia di macchie rosse e violacee.

Queste alterazioni non si osservano però con una eguale frequenza nell' uno e nell' altro de' polmoni e nelle differenti parti di questi organi. Quindi è dimostrato che in tutte le età il polmone diritto è più spesso colpito da pneumonia del sinistro (:: 11 : 6) ; lo che si spiega , a parer nostro , per la differenza del volume e della capacità di questi organi ; questi però sono spesso affetti contemporaneamente. Ciò si osserva specialmente ne' vecchi , ed anche più particolarmente ne' ragazzi al di sotto di dodici anni : in fatti , quasi tutte le pneumonie osservate a questa età sono doppie. Abbiamo provato che il numero di queste diminuisce nel periodo medio della vita , o si osservano soltanto nella sesta parte. L'ineguaglianza del volume la quale esiste ne' due lobi spiega pure , a parer nostro , perchè la pneumonia del lobo inferiore è più comune di quella del lobo superiore , nel rapporto di 4 , 3 circa , proporzione che d' altronde varia molto secondo le costituzioni mediche ed epidemiche.

Dopo aver esposto le lesioni caratteristiche della pneumonia , ci rimane a far conoscere le alterazioni concomitanti che si osservano dipendenti da' principali organi. Nel petto si osserva che la pleura è quasi sempre più o meno infiammata nell'adulto (33 volte su 35) ; ne' due estremi però della vita , la pleurisia è meno costante. Ne' vecchi esiste soltanto in un terzo de' casi ; ne' fanciulli è anche meno comune , ed è affatto rara ne' neonati , poichè in questi la si osserva appena nel sesto dei casi. I bronchi sono raramente alterati ; essi contengono delle mucosità , che si osservano specialmente ne' vecchi e ne' ragazzi. Finalmente , nella maggior parte de' casi , si trova che uno o molti gangli bronchiali sono gonfi , rossi e rammolliti , o anche suppurati. Esaminato comparativamente lo stato del cuore in un gran numero di cadaveri , ò veduto che ne' pneumonici , si osservano de' grumi densi nel cuore , i quali in un quinto dei casi erano scolorati , fibrinosi in modo , da giustificare la opinione di Borserio , il quale considerava la pneumonia siccome una causa attivissima delle concrezioni polipse del cuore. Egli è certo che queste ultime si formano spesso durante la vita e collo stesso meccanismo della cotenna pleuritica. La pneumonia non si accompagna mai ad alcun' altra lesione viscerale , meno che a quella della mucosa gastro-intestinale , la quale è più o meno rammollita in un quarto degl' individui. Quest' alterazione che d' altronde è indipendente dalla infiammazione , è consecutiva allo stato febbrile.

Pneumonia cronica. — Molte forme d' induramento polmonale sono state riportate alla-pneumonia cronica. A parer nostro,

nella pneumonia cronica avvi costantemente induramento ed impermeabilità del tessuto polmonale; il colorito del tessuto è esternamente d'un grigio cinereo, rossastro, di lavagna o nero; la sua durezza è tale che resiste spesso ad una fortissima pressione: sotto il taglio si manifesta meno umido; è d'un grigio violetto o livido. La superficie delle incisioni o delle lacerature può essere bernocoluta; questa disposizione però è tanto meno evidente per quanto l'alterazione è più antica: finalmente sparisce. In questo caso, il tessuto cellulare interlobulare si trova ipertrofiato e forma delle divisioni dense e quasi fibrose.

Prodromi, invasione. — Il più delle volte la pneumonia sembra avere uno sviluppo istantaneo. Mi son convinto però che da sedici a sessant'anni in un quarto de' malati si osservavano de' prodromi precursori, come un mal'essere, il torpore, la perdita dell'appetito e delle forze, la sensibilità al freddo, dei brividi, ec., questi accidenti hanno una durata media di cinque giorni. Ho pure osservato che nel quarto circa de' malati, la pneumonia si sviluppa nel corso di una bronchite acuta quasi sempre benigna, malattia la quale sembra rendere gl'individui che affetta più impressionabili alle cause ordinarie della flemmasia polmonale.

Ne' quattro quinti de' casi, l'invasione della pneumonia è indicata da un freddo più o meno violento, da un dolor vivo in un lato del petto, da tosse e da oppressione. Questi sintomi locali ed il freddo mancano più spesso ne' vecchi che nell'adulto. Ne' fanciulli lattanti non possono esser conosciuti; in essi però avvi febbre, agitazione, e specialmente un grande acceleramento ne' movimenti respiratori. A misura però che si allontanano dalla nascita, si vede che la pneumonia della infanzia rassomiglia vieppiù maggiormente, pel suo modo d'invasione, a quella degli adulti.

Sintomi. — Una volta manifestata la pneumonia, si osservano i sintomi generali e locali. Tra i primi, si distingue il dolore alla parte, il quale per lo più si manifesta nelle prime dodici ore (161 sopra 182), e quasi mai dopo il quarto giorno. Esso è ordinariamente vivo, pungente, ed a sede, ne' quattro settimi de' casi, al livello o nella vicinanza della mammella; corrisponde qualche volta (5.° de' casi) alla porzione flogosata del polmone; è circoscritto o si propaga, si esaspera sempre sotto la tosse, dietro i movimenti respiratori, e frequentemente sotto la pressione. Questo dolore è meno l'effetto della pneumonia che della pleurisia concomitante; lo che spiega perchè il più delle volte manca nella pneumonia de' fanciulli e dei vecchi. In tutti i casi avvi dispnea ed un acceleramento de' movimenti respiratori. Questi sintomi non sono affatto in rapporto, come altri han detto, colla violenza del dolore, ne' più distinti

nella pneumonia della parte superiore; in generale poi sono proporzionati alla estensione ed alla violenza della flemmasia polmonale; essi sono egualmente più intensi ne' giovanetti, in quelli mal conformati nel torace, nelle donne in un'epoca avanzata della gravidanza, ec. La tosse è forse un sintomo costante, il quale si manifesta nelle prime dodici ore della malattia (80 su 90); la sua frequenza il più delle volte si trova in rapporto colla estensione, ma mai colla sede della pneumonia. Raramente la tosse assale come nella bronchite; provoca l'uscita degli sputi particolari ma variabili, ed i quali sino a' tempi di Laënnec sono stati il solo segno diagnostico certo della pneumonia. Questi sputi per la più parte sono viscidì, attaccati intimamente al fondo del vaso, trasparenti, misti alle piccole bollicine di aria; omogenei, ed offrono un colorito rosso, come il *mattoncino polverizzato*, o come la *rugine*; o pure sono gialli come il *zaffarano*, come la *scorza del cedro* o dell'*arancio*, come il *zucchero d'orzo*, o la *cotognata d'albicocche*; più raramente sono verdastri, dal *verde tenero*, sino al *verde porraceo*; ed anche più di rado la materia espettorata è liquida, sierosa, d'un rosso oscuro, coverta di schiuma biancastra, simile al *sugo di rigolizia* o delle *prugne secche*. In fine vi sono de' sputi pur anche sierosi, ma d'un colore giallastro, colante; spesso forniti di aria, formati da una certa viscosità, e che somigliano ad una soluzione concentrata di gomma rabica. I colori che abbiamo indicati sono formati dal sangue, e la loro diversità risulta dalla differente proporzione di questo liquido e dalla sua combinazione più o meno intima co' mucchi. Ho fatto vedere che nella maggior parte de' malati gli sputi caratteristici si mostrano nei primi due giorni della malattia. In un nono però de' casi, l'espettorazione presenta alcune anomalie; quindi è che per tutta la durata dell'affezione, gli sputi possono rimanere bianchi come in un catarro semplice, altre volte l'espettorazione manca completamente; ciò si osserva specialmente nella pneumonia della parte superiore. A cose eguali però, gli sputi sono meno colorati, meno viscidì, meno omogenei ne' vecchi che nell'adulto. Torna quasi superfluo il dire che ne' ragazzi l'espettorazione manca; però i signori Valleix, Vernois, a Parigi, e Kiwisch, a Praga, hanno spesso veduto ne' neonati colpiti da epatizzazione polmonale, una schiuma bianca, leggermente sanguinolenta, densa viscosa, la quale esce dalla bocca.

Nella quasi totalità de' casi, l'osservazione non fa scovrire in quelli affetti da pneumonia alcun cambiamento nella confermazione toracica; credo però aver dimostrato, trattando della infiammazione in generale, che qualche volta l'epatizzazione poteva di per se sola, ed indipendentemente da qualunque spandimento pleuritico, produrre una dilatazione nel punto corrispondente all'alte-

razione. Tra i segni però che ci fornisce l'esplorazione del torace, quelli che si ottengono mediante la percussione e l'ascoltazione sono i soli importanti a doversi conoscere. Nel primo grado della pneumonia, e nel momento in cui il polmone è meno permeabile, il suono del torace a questo livello è più oscuro e l'elasticità meno perfetta. L'oscurità accresce a poco a poco, finalmente il suono si fa completamente matto, e la elasticità negativa quando la flemmasia è pervenuta al secondo ed al terzo grado. La percussione presenta gli stessi risultati negli adulti come ne' vecchi e nei ragazzi; in questi ultimi però, il petto è talmente sonoro nello stato normale, che spesso al livello d'una epatizzazione completa ed anche estesa, si osserva ancora una certa risuonanza: quindi a questa età non bisogna sperare di trovare un suono matto ed un difetto *assoluto* di elasticità, ma soltanto *relativo*. Questa differenza sarà avvertita percuotendo comparativamente il punto corrispondente del lato opposto. Perchè poi la percussione dia de' segni positivi, bisogna che l'alterazione polmonale sia superficiale ed abbia una certa estensione sulla superficie; quindi dà soltanto de' risultati negativi nelle polmonie centrali e nella firma lobolare. In quanto alla percussione, con questa si può circoscrivere l'alterazione e seguirne gli ulteriori progressi; si arriva a tanto però mediante i risultati che si ottengono coll'ascoltazione, i quali differiscono secondo il grado della pneumonia.

I medici hanno ammesso dopo Laënnec, che il rantolo crepitante era il primo fenomeno stetoscopico che si osservava nella pneumonia; alcuni fatti però ne' quali ho potuto ascoltare i malati nelle prime ore, mi menano a concludere che nella maggior parte de' casi, se non in tutti, lo scoppiettio è preceduto da un indebolimento del mormorio respiratorio, ed alcune volte, secondo Stokes da una respirazione puerile: dopo dieci, dodici o venti giorni però, queste modificazioni del rumore vescicolare sono sostituite dal *rantolo crepitante*. Questo vien formato da piccolissime bolle, eguali, secche, più o meno numerose, che esistono soltanto durante la inspirazione, e producono un rumore analogo a quello che dà il sal marino gittato su i carboni ardenti, o pure quello che suscita un mazzettino di capelli mentre si stropicciano nella conca dell'orecchio: questo rantolo à luogo probabilmente nelle vescichette. Lo scoppiettio pneumonico però può presentarsi con altri caratteri; quindi alcune volte le bollicine sono meno numerose, ineguali tra loro, e specialmente più grosse e più umide. Allora si ravvicinano molto al rantolo sottocrepitante che abbiamo precedentemente notato in alcune bronchiti, specialmente nelle bronchiti capillari. Questa specie di scoppiettio è frequente ne' vecchi, e lo si osserva comunemente nella pneumonia de' fanciulli. D'altronde

de qualunque possa essere il carattere delle bolle, si possono sentire in tutta la durata, o solamente una parte (l'ultima metà specialmente) della inspirazione. Spesso lo scoppiettio manca nelle inspirazioni ordinarie; mentre è soltanto osservato nelle inspirazioni forti, o anche meglio sotto i conati di tosse. Il rantolo crepitante non manca quasi mai nella pneumonia; esso caratterizza il primo grado della infiammazione.

Quando però l'infiammazione è passata dall'ingorgo alla epatizzazione, l'ascoltazione rileva la esistenza di questa novella alterazione, facendo percepire al punto delle parti ammalate, invece d'un mormorio respiratorio, un rumore aspro, duro, metallico, simile a quello che à luogo quando si soffia un tubo di legno o di bronzo; questo fenomeno à ricevuto il nome di *soffio tubario*, o di *respirazione bronchiale*. Questo è prodotto dal rimbombo dell'aria nelle grosse divisioni de' bronchi, quando le ramificazioni più piccole, come anche le vescichette, sono divenute impermeabili. Il soffio tubario, siccome l'ò dimostrato dopo Jackson, si percepisce quasi sempre durante la espirazione, ed è solamente quando l'epatizzazione è più completa che il fenomeno esiste, addiviene predominante, e spesso si osserva soltanto durante la inspirazione a misura che la impermeabilità del polmone è più perfetta, lo scoppiettio addiviene più raro; poi cessa affatto, mentre il soffio tubario prende un timbro vieppiù aspro. Il passaggio dello scoppiettio al soffio, lungi dall'essere rapido o diretto, à luogo più lentamente, e mediante un fenomeno intermedio che chiamiamo *rumore di taffettas*, perchè nel fatto, durante la inspirazione, e specialmente durante la tosse si sente un rumore aspro secco, simile a quello che produce il taffettas quando si lacera, o stropicciando una pezza di seta. Questo rumore, che osservasi specialmente sotto l'ascella, all'estremo anteriore del polmone ed alla parte interna della fossa della scapola, caratterizza, secondo me, una epatizzazione, la quale occupa soltanto la superficie o il primo strato del polmone. Se l'alterazione addiviene più profonda, il rumore del taffettas è più intenso, più aspro, e finisce per essere sostituito dal soffio bronchiale.

L'ascoltazione della voce procura ancora alcuni fenomeni importanti; così quando, il polmone essendo ancora soltanto ingorgato, si applica l'orecchio al punto delle parti ammalate, si trova che nella metà circa de' casi il rimbombo naturale della voce è aumentato, ma senza alcun carattere particolare. Quando il polmone è epatizzato, la voce rimbomba fortemente, questa risuonanza è *diffusa, non articolata*; il suo timbro è *sordo, fragoroso o metallico*; allora si dice esservi *broncofonia*.

I sintomi stetoscopici percepiti in tutta la estensione della pneumonia cessano in seguito bruscamente sur i suoi limiti, do-

ve si sente, senza alcun passaggio, il mormorio naturale della respirazione. Non accade però sempre così; poichè è provato che, in un quarto de' casi, là dove cessavano i segni stetoscopici caratteristici della pneumonia, si osservava, in un raggio più o meno esteso, circoscritto, in generale, a 15 o 18 centimetri, una debolezza del mormorio respiratorio, e più raramente una respirazione puerile incapace di poter essere spiegata mediante uno stato di congestione de' tessuti.

Nel corso della pneumonia, si veggono i principali organi della vita animale ed organica presentare diversi fenomeni morbosi, e partecipare sintomaticamente al trambusto tanto pronunziato degli organi respiratori. Quindi il polso si accelera sin dallo sviluppo; oltre pure nella maggior parte de' casi ampiezza e resistenza; la sua frequenza è generalmente in rapporto colla estensione e la gravità dell'affezione; a cose eguali però, è più considerabile ne' giovanetti; quindi è cosa ordinaria calcolare in essi sino a 120 pulsazioni, e non è neppure cosa rara vedere che il numero arriva sino a 140 ed anche sino a 180. Ne' vecchi è solamente rimarcabile in quanto che presenta più spesso delle irregolarità che negli altri periodi della vita. L'esplorazione del cuore mediante la percussione dimostra che il volume di quest'organo non è aumentato, eccettuato forse negli ultimi momenti della vita, quando i grumi organizzandosi cominciano a distendere le sue cavità. Il sangue estratto mediante i salassi offre un grumo denso, coenoso: poichè risulta dalle moderne ricerche che la pneumonia è, col reumatismo, la malattia che produce l'aumento più considerabile della quantità della fibrina. La febbre è un sintomo a poco presso costante nella pneumonia; la sua intensità è generalmente proporzionata alla gravità dell'affezione. A cose uguali d'altronde, è più risentita nel ragazzo che nell'adulto, e specialmente più marcata che nel vecchio; essa è essenzialmente continua, nella maggior parte de' casi si esacerba nel corso della sera o durante la notte. Negli organi digestivi, si osservano la maggior parte de' disturbi che accompagnano le altre piressie; quindi la lingua è coperta da una patina biancastra, la sete è viva, l'anorexia completa, vi sono vomiti in un quinto de' malati, la diarrea è meno frequente: ne' ragazzi quest'ultimo sintomo è quasi costante: ne' vecchi, la lingua tende molto a disseccarsi ed a covrirsi di fuligginità, come anche i denti. La segregazione delle urine presenta essa stessa de' cambiamenti: quindi è diminuita nella metà de' casi; in un terzo è più acida, finalmente depositi diversi di urato di ammoniaca si formano spontaneamente o quando la si tratta coll'acido nitrico. Questo fenomeno però a luogo soltanto all'epoca della declinazione, e quasi mai quando la malattia deve avere un esito funesto.

Una cefalalgia frontale viva, è uno de' sintomi simpatici i più costanti della polmonia, poichè la si osserva ne' cinque sessi de' casi circa. Essa si manifesta sin dallo sviluppo, acquista il suo *maximum* dal primo al quarto giorno, diminuisce poscia spontaneamente, nella quasi totalità de' malati finisce completamente al settimo giorno. Le forze sono sempre più o meno diminuite: di tutte le malattie febbrili alquanto gravi però, la pneumonia è quella che meno prostra le forze. Queste si annullano sollecitamente però ne' vecchi, i quali cadono rapidamente in uno stato adinamico. La fisionomia degl' individui colpiti da pneumonia varia moltissimo; in generale nel periodo della reazione, la faccia è iniettata; non si può però stabilire alcun rapporto certo tra il polmone affetto e la sede del colorito nella tale o tal parte del volto. Il decubito è variabilissimo; se poi il dolore è vivo, i malati preferiscono quello del dorso o del lato affetto.

Si vede dunque che la pneumonia risveglia in tutto l'organismo disturbi simpatici: e ciò si osserva tanto più maggiormente ne' ragazzi e nell'adulto. Nel vecchio poi, le reazioni sono meno numerose; poichè a questa età ciascun organo sembra vivere e soffrire isolatamente, possedendo una sfera di attività ristrettissima; per ciò spiegasi che i vecchi alcune volte, benchè affetti da una epatizzazione grigia della quasi totalità del polmone, appena si lagnano d'un mal'essere, continuano a camminare ed a mangiare, e finalmente muoiono all'improvviso. Molti fatti di questo genere sono riportati nella mia opera. Questi fatti non provano che ne' vecchi bisogna tener conto di tutti i disturbi che sopravvengono nello stato di salute, comunque leggieri d'altronde; poichè bisogna aver sempre presente che, in una età avanzata, le lesioni più gravi possono coincidere con un piccolo numero di sintomi in apparenza molto leggieri.

Corso. — L'infiammazione polmonale non si limita quasi mai a' punti primitivamente affetti, ma tende, ne' primi giorni, a guadagnare novelle superficie. Questa estensione succede progressivamente, e senza poter anticipatamente determinare quali saranno i punti ulteriormente invasi: però nella ottava parte de' casi, si è avvertito della direzione del lavoro infiammatorio da un indebolimento del rumore respiratorio e da una diminuzione di elasticità sotto la percussione; fenomeni i quali si osservano sulla estensione di alcuni centimetri al di là de' punti, dove i fenomeni stetoscopici affatto caratteristici finiscono. La maggior parte delle pneumonie cominciano invadendo la superficie de' polmoni; altre poi, occupano primitivamente gli strati profondi dell'organo, in modo che esse non si manifestano ne' primi tempi mediante alcun segno stetoscopico; questi essendo mascherati da' rumori normali che si producono nella parte sana più superficialmente col-

locata. Può anche succedere, siccome l'abbiamo mille volte osservato, che i fenomeni stetoscopici e di percussione mancano completamente in tutto il corso della malattia; questa circostanza però è infinitamente rara, poichè succede quasi sempre che dopo alcuni giorni di durata, l'alterazione avendo guadagnato i strati più superficiali de' polmoni, si avverte lo scoppietto ed il soffio, prima limitati ad un piccolo spazio, ma non tardano ad essere percepiti sopra una superficie più estesa. Non solamente la flemmasia guadagna spazio nello stesso polmone, ma può anche invadere il polmone opposto: dicesi allora che la pneumonia è *doppia*. Ho dimostrato nel mio trattato della pneumonia, che in queste i polmoni erano forse affetti successivamente e mai simultaneamente. Verso l'undecimo al tredicesimo giorno la pneumonia, dapprima semplice addiviene doppia. È cosa degna da osservarsi che questa seconda pneumonia sviluppiasi quasi sempre in modo oscuro, latente, cioè senza freddo, senza dolore, senza alcuna modifica ne' sputi e nella tosse; alcune volte però produce un aumento nella febbre (un sesto de' casi), e più spesso ancora (nella metà) rende l'oppressione più forte. Ma siccome questi accidenti possono spesso spiegarsi per i progressi della flemmasia del polmone primitivamente affetto, ne risulta che l'ascoltazione e la percussione possono sole fare intravedere il momento in cui il polmone rimasto sano comincia esso stesso ad essere invaso.

Mediante l'ascoltazione si può esser convinto quanto sia raro che la pneumonia non oltrepassi il primo grado. Nella quasi totalità de' casi (venti nove trentesimi) sopravviene una epatizzazione più o meno completa; questo passaggio dal primo al secondo grado à luogo comunemente in modo rapidissimo; poche ore bastano alcune volte perchè si effettui. Sin dal terzo giorno, il soffio tubario esiste in un terzo degli ammalati, ed al sesto giorno manca soltanto in un dodicesimo. Questo andamento si pronto à luogo egualmente in tutte le età, e forse è anche più rapido ne' due estremi della vita.

Facendoci ad esaminare le modifiche alle quali i sintomi precedentemente enumerati van soggetti, troveremo che la maggior parte di essi continuano ad aggravarsi a misura che l'alterazione de' polmoni guadagna in superficie ed in profondità; tali sono specialmente la dispnea, l'acceleramento de' movimenti respiratori e del polso, i fenomeni stetoscopici, la febbre, e l'abbattimento delle forze. Non così avviene però della parte affetta, della cefalalgia, e della stessa espettorazione. In fatti, il dolore della testa e del petto finisce, o almeno diminuisce dopo una durata di alcuni giorni; spesso si osserva lo stesso della espettorazione, la quale conserva la stessa viscosità, ma perde la sua trasparenza, e specialmente il suo colorito rosso, può an-

che addivenire affatto catarrale. Tutti i precedenti sintomi si calmano a poco a poco se la malattia à un esito felice; nel caso contrario si aggravano: quindi la respirazione addiviene più penosa e più frequente; l'espellorazione più stentata o si sopprime; gli sputi spesso si accumulano ne' bronchi, ed agitati mai sempre dall'aria, producono un rantolo fragorosissimo. Il polso allora si accelera vieppiù, esso divien debole, irregolare; la pelle è arida e si copre di sudori viscosi; la faccia azzurrognola, color di piombo, si altera; le forze si prostrano, e la morte à luogo dopo una più o meno lunga agonia; le facoltà poi intellettuali rimangono il più delle volte nello stato d'integrità sino all'ultimo respiro.

Una circostanza degna del più grande interesse, ed appena accennata sin ora, è che, alle due età estreme, nel fanciullo come nel vecchio, la pneumonia presenta dal giorno all'indomani, specialmente ne' fenomeni stetoscopici, le più grandi e le più insolite variazioni. Quindi è facilissima cosa osservare nello spazio di dodici o ventiquattr'ore, un soffio essere rimpiazzato dal mormorio vescicolare più o meno forte senza o con migliorìa concorde nello stato generale; poi dopo poche ore, i sintomi ricompariscono colla loro primiera intensità. Queste intermittenze non si osservano allo stesso grado nella pneumonia degli adulti.

Esiti. — La pneumonia può passare alla risoluzione, o essere seguita dalla suppurazione o dalla gangrena; altre volte passa allo stato cronico.

Quando la malattia si risolve, si comincia ad osservare nel terzo e più de' casi una diminuzione nell'apparato febbrile; nella metà de' malati però la migliorìa nello stato generale à luogo con favorevoli cambiamenti ne' fenomeni di ascoltazione. Così quando la pneumonia si risolve prima di aver passato il periodo d'ingorgo, la crepitazione addiviene meno numerosa; le bolle sono più grosse, più umidi; tosto sparisce e viene sostituita da un mormorio vescicolare più debole di quello si osserva nello stato normale. Se la risoluzione avviene in una parte completamente epatizzata; la respirazione bronchiale comincia ad essere meno aspra e meno arida; diminuisce di forza durante l'inspirazione, spesso finisce affatto, mentre è ancora percettibile durante l'espiazione. Nello stesso tempo la crepitazione, che spesse volte era completamente cessata, ricomparisce; ma le bolle sono comunemente meno numerose, e sono specialmente umide e più grosse. Laënnec à nominato questo rantolo, *crepitante di ritorno* o rantolo *crepitans redux*; egli lo considera siccome un fenomeno costante. Questo rantolo diminuisce pur anche, poi finisce completamente dopo una durata la quale può variare tra alcune ore e molti mesi. Esso è sostituito da un mormorio na-

turale, il quale non ripiglia la sua forza ed il suo suono dolce se non che alla fine di alcuni mesi. Il lavoro risolutivo è sempre molto lento, esso non è mai seguito da restringimento, eccetto però ne' casi in cui la pneumonia è complicata ad un versamento pleuritico. (Vedi *Pleurisia*). Mancano i fatti i quali potessero provare che la pneumonia sia terminata per delitescenza: può accadere che sotto la influenza d'una malattia intercorrente, la quale produce una viva rivulsione, una pneumonia sia bruscamente interrotta nel suo andamento. Due casi di questo genere sono riportati da' professori Andral e Graves di Dublino; questi fatti però sono eccessivamente rari. L'ascoltazione prova che quando la pneumonia occupava una certa estensione, la risoluzione non aveva luogo su tutti i punti contemporaneamente, ma che, ne' due terzi de' casi, essa cominciava ad operarsi nelle parti che erano state invase le ultime. In un quinto dei malati solamante, la risoluzione siegue un andamento inverso; finalmente negli altri casi, si opera simultaneamente su tutta la superficie ammalata. Il lavoro risolutivo è spesso accompagnato da fenomeni critici: così è trovato che l'epoca della convalescenza era indicata, nella metà de' casi, da urine torbide, sia che ciò avvenga spontaneamente, sia che si trattino coll'acido nitrico; copiosi sudori ed una eruzione erpetica su i bordi delle labbra costituiscono ancora de' fenomeni critici molto comuni; finalmente, molto più raramente, sembra che la malattia si risolva con scarichi o con emorragie. Qualunque possa essere però il fenomeno critico, son convinto che la malattia non avesse alcuna tendenza a terminare in certi giorni stabiliti; che per conseguenza, la dottrina de' medici ippocratici su i giorni detti *critici* sono affatto privi di fondamento per la pneumonia.

La pneumonia è seguita spesso dalla suppurazione; il pus, siccome lo abbiamo detto, può essere infiltrato e riunito in un focolare. Nel primo caso, non esiste alcun segno capace di far conoscere in modo certo il passaggio della pneumonia dal secondo al terzo grado. Bisognerà però *sospettare* una epatizzazione grigia, quando dopo aver conosciuto per molti giorni un soffio bronchiale puro, senza scoppietto, si distinguono in questi stessi punti delle grandi scricchiolate umide o un rantolo mucoso disseminato, degli sputi rari, opachi, sporchi, salati, o pure l'espettorazione che abbiamo paragonata al succo di rigolizia e di prune secche. Questi fenomeni dovranno però coincidere coll'aggravamento de' sintomi generali. In fatti quando il terzo grado della pneumonia si è stabilito, la faccia si altera, addiviene giallastra, le forze cadono, il polso è depresso, la lingua si fa arida, uno stato di coma o di subdelirio sopravviene, la respirazione si rende difficile, ed à luogo la morte. Dietro i fatti da me osservati mi pare che la epatizzazione grigia si sviluppa più ra-

pidamente alla sommità del polmone che alla sua base ; essa è anche più rapida ne' vecchi ed in quelli deboli. Tutto porta a concludere che la morte è la conseguenza ordinaria , se non costante , dello infiltramento purulento de' polmoni.

In alcuni casi rari , il pus si riunisce sotto forma di uno o molti focolari. Questa lesione più comune nel lobo superiore , si osserva anche più spesso nella pneumonia de' vecchi e degli individui deboli ; è pur anche frequente in certe pneumonie traumatiche. Nella maggior parte de' casi , gli ascessi polmonali non sono diagnosticati , perchè la morte à luogo prima che il pus si abbia fatto strada ne' bronchi. Quando però si stabilisce una comunicazione tra questi tubi e l' ascesso , ciò che avverasi dal quindicesimo al ventesimo giorno , i malati mandano dalla bocca un pus ora flemmonoso , ora di un grigio sporco , giallastro , sanioso , che manda un odore insipido o pur fetido e cangrenoso ; in quest' ultimo caso si può presagire in modo certo che le pareti del focolaro sono cadute in mortificazione. Il pus è rigettato sotto i conati di tosse ; ma se sollecitamente perviene ne' bronchi ed in considerabile quantità , scappa a guisa di flutti e con veri sforzi di vomito. In questi casi l' ascoltazione del petto dimostra la esistenza di tutti i segni caratteristici d' uno scavo polmonale che comunica con i bronchi , cioè il gorgogliamento , la respirazion cavernosa ed il pettoriloquio ; questi fenomeni li studieremo dettagliatamente quando parleremo de' tubercoli de' polmoni. Se l' ascesso è superficiale , potrebbe farsi strada nel pericardio e nella pleura , ed in quest' ultimo caso , darebbe luogo ad una pleurisia perperacuta o ad un idropneumo-torace. Si è pur detto che gli ascessi de' polmoni potevano aprirsi allo esterno attraversando le pareti toraciche ; però nessuno de' fatti riportati dimostrano la possibilità di questo esito. Nella quasi totalità de' casi , i segni stetoscopici coincidono co' sintomi generali gravi : così la maggior parte de' malati muoiono per i progressi della pneumonia , o per gli accidenti che trae seco la febbre etica , la quale , per se stessa è lo effetto della suppurazione abbondante che succede nel polmone. Alcuni fatti autorizzano a pensare che gli ascessi polmonari sono suscettibili di un esito felice.

La cangrena è un accidente eccessivamente raro nel corso della pneumonia ; qualunque possino essere d' altronde le condizioni nelle quali la pneumonia à luogo. In tutti i casi la cangrena sembra essere indipendente dalla intensione della flemmasia. Probabilmente si manifesta in seguito di qualche condizione accidentale , impossibile a poter essere determinata. Checchè ne sia , lo svolgimento della cangrena è annunziato da una espettorazione nerastra , bruna , grigia o verdastra , che esala come l' alito degli ammalati un odor vivo , penetrante ed affatto ca-

ratteristico. Finalmente si manifestono i sintomi atassici ed adinamici.

Il passaggio della pneumonia allo stato cronico è l'esito più raro: io l'ho osservato una volta soltanto. In questi casi, si osserva il demagramento progredire incessantemente. La tosse persiste; la percussione dà un suono completamente matto, e mediante l'ascoltazione si avverte il soffio e la broncofonia che accompagnano le epatizzazioni rossa e grigia. Sembra però che in alcuni casi, l'ascoltazione non fa distinguere la esistenza d'alcun rumore, sia normale sia morboso; in guisa che si osservano soltanto i segni fisici che accompagnano certi spandimenti cronici delle pleuri, cioè il suono matto e la mancanza di qualunque rumore durante l'inspirazione e la espirazione. Torna impossibile poter stabilire che l'induramento cronico possa risolversi. Nella maggior parte de' casi sembra produrre la morte con tutti i sintomi della febbre etica.

Complicanze. — La pneumonia si complica frequentemente a diverse malattie che hanno sede nel petto, nel ventre o nei centri nervosi. Per parte del petto si osserva specialmente la bronchite e la pleurisia: nel primo caso, esistono i rantoli sibilanti e fragorosi, ed una espettorazione mucosa mista a sputti rubiginosi. Parleremo altrove della complicanza pleuritica (vedi *Pleurisia*). Le complicanze cardiache non sono rarissime; le più frequenti sono la pericardite e l'endocardite, il più delle volte però, come lo dimostra il Signor Bouillaud, si veggono organizzare de' grumi fibrinosi nelle cavità, ciò che rende oscuri, velati, rauchi i rumori naturali del cuore, e può anche produrre de' rumori morbosi. Finalmente si citano alcuni casi in cui la flemmasia polmonale si è complicata ad una infiammazione dell'aorta, o solamente alla formazione de' grumi fibrinosi nella sua cavità. Non è però ancora dimostrato che le complicanze cardiache siano più frequenti nella pneumonia del lato sinistro, e che esse risultino dalla irradiazione, o dalla propagazione della infiammazione del polmone agl'involucri del cuore o a questo stesso viscere ed ai grossi vasi che partono dallo stesso.

Se si eccettuano la febbre gialla e le affezioni delle vie biliari, non avvi alcuna malattia acuta la quale si frequentemente si accompagni alla itterizia quanto la pneumonia. Questa complicanza si osserva in fatti in un terzo de' casi circa. Questo accidente è molto più comune nelle pneumonie del lato diritto; non è però così certo, siccome lo han detto, che la flemmasia del lobo inferiore vi predisponga molto più di quella del lobo superiore. Questa quistione rimane ancora indecisa per parte nostra. Nessuna spiega razionale esiste sul modo con cui la pneumonia agisce per produrre l'itterizia. Le ricerche cada-

veriche provano d'altronde che il colorito giallo non è legato ad alcuna alterazion materiale del tessuto del fegatò.

Il delirio è una complicità comunissima della pneumonia, poichè la proporzione de' casi in cui la si osserva varia tra un ottavo ed un undecimo. Io l'ò osservata più comune nell'uomo che nella donna, ed in quelli al di là di quarant'anni. In fine il delirio è tanto frequente nella pneumonia de' vecchi per quanto è raro in quella de' ragazzi. L'infiammazione del lobo superiore non sembra accompagnarsi più soventi volte al disturbo delle facoltà intellettuali quanto quella che occupa le altre parti del organo, mentre il delirio si osserva nel quarto circa degl' individui adulti colpiti da pneumonia doppia. Questo accidente riconosce diverse cause: qualche volta è l'effetto d'una flemmasia delle meningi; altra volta, accadendo sin dal cominciamento della malattia o nel suo periodo di aumento, anno luogo le variazioni, e sembrano allora risultare dalla violenza dell'affezione. Una terza varietà si è quella che sopravviene nella forma detta tifoidea o atassica della malattia, e che sembra forse ligarsi meno alla flemmasia polmonale anzichè ad uno stato generale grave. In fine una delle forme più frequenti del delirio è quella che si osserva negli ubriachi o in quelli che prendono in ciascun giorno una grande quantità di liquori spiritosi, che opprimono ad un tratto. In questi ultimi, il delirio si presenta il più delle volte con i caratteri propri al *delirium tremens* (Vedi questa parola).

Forme della pneumonia. — Se la pneumonia si complica a questo insieme di sintomi conosciuti sotto il nome di *stato bilioso o gastrico*, dicesi che essa è *biliosa*. Questa forma, frequente alla metà dell'ultimo secolo, durante il quale essa regnò spesso epidemicamente, è rara a' giorni nostri, dove si osserva soltanto sotto la forma sporadica. La forma detta *tifoidea, atassica, maligna*, è più comune in questo clima; essa è caratterizzata dall'insieme de' sintomi generali gravi che si osservano nelle febbri tifoidee. Siccome in queste, ora si veggono per sintomi predominanti, una estrema prostrazione delle forze, lo stato fuliginoso della lingua e de' denti (*pneumonia adinamica*); altre volte la malattia si conosce per mezzo dei sintomi atassici, come il delirio, le convulsioni, i sussulti, le stirature (*pneumonia atassica*). La prima è più frequente nei vecchi; la seconda poi, assale con preferenza i giovani e gli ubriacconi. La gravezza de' sintomi tifoidei non anno alcun rapporto costante colla estensione della flemmasia.

Bisogna anche ammettere una pneumonia *intermittente*, nella quale i sintomi propri della flemmasia, subordinati allo stato febbrile, sieguono lo stesso corso di quest'ultimo, cioè che nascono, crescono, finiscono, o almeno diminuiscono nello stes-

so tempo di questo. La pneumonia costituisce allora una forma di febbre intermittente perniciosa speciale; essa à il tipo quotidiano o terziano. Egli è certo che, nell'apiressia la quale siegue i primi accessi, i sintomi locali, come il dolore del lato, gli sputi rubiginosi, e lo stesso scoppiettio, possono completamente cessare per ricomparire nell'accesso seguente. A misura però che questi si ripetono, la pneumonia perviene al secondo grado. L'alterazione allora è permanente, i sintomi che lo accompagnano sono continui, ma provano una esacerbazione regolare. La pneumonia è allora *remittente*.

Avvi una forma di pneumonia quasi speciale della infanzia, che abbiamo chiamata *lobulare*, *bernocoluta*, ed è anatomicamente caratterizzata da' noccioli di epatizzazione, disseminati in maggiore o minor numero nell'uno o nell'altro polmone. Questa pneumonia è sempre consecutiva ad una flemmasia de' bronchi, specialmente alla bronchite capillare. Il periodo catarrale dura molti giorni o molte settimane; più i sintomi si aggravano ad un tratto, la febbre raddoppia, come pure l'oppressione; i rantoli sibilanti e sottocrepitanti sono più fragorosi, più numerosi, più mobili, la percussione è sonora in ogni luogo, gli sputi sono vischiosi e biancastri, finalmente la morte à luogo dopo una tormentosa agonia, ed il più delle volte con i sintomi d'una lenta asfissia. Nella immensa maggioranza de' casi, l'elemento catarrale è talmente predominante, da mascherare completamente i segni fisici che dipendono dall'alterazion polmonale; però, quando i rantoli secchi sono molto meno fragorosi, o quando cedono momentaneamente, ed i noccioli indurati sono collocati superficialmente, si distingue spesso un rantolo crepitante e sottocrepitante, *immobile*, il quale finisce col coesistere con una respirazione aspra, e qualche volta con un poco di soffio durante la inspirazione, o almeno durante l'expirazione. Torna quasi impossibile però poter diagnosticare la pneumonia lobulare; si può solamente *sospettare* quando nel corso d'una bronchite, si vede la febbre, l'ansietà, l'oppressione aumentare ad un tratto, i sputi addivenir più vischiosi, e la fisionomia alterarsi. È inutile il dire che se molti noccioli si riuniscono insieme, si potrebbero scorgere i segni fisici propri delle epatizzazioni ordinarie, cioè il soffio ed il suono matto.

La pneumonia lobulare è la sola forma della infiammazione de' polmoni la quale merita il nome di *latente*, espressione per la quale gli antichi indicavano tutte le pneumonie che non si distinguevano nè pel dolore del lato, nè per gli sputi. Oggi però, perchè una pneumonia sia latente, bisogna pure che l'ascoltazione e la percussione presentino soltanto de' risultati negativi; i casi di questo genere sono eccessivamente rari.

Siccome lo vedremo all' articolo etiologia , la pneumonia è una delle complicanze più frequenti delle altre malattie ; allora dicesi che la pneumonia è *secondaria* , *consecutiva* o *sintomatica* , ed allora si comprende che deve andar soggetta alle modifiche , importantissime ad esser conosciute , ne' suoi sintomi e nel suo corso. La loro enumerazione però dovendo portarci troppo alle lunghe rimettiamo il lettore al nostro *Trattato* , dove questo punto importante della pratica è stato lungamente studiato.

Convalescenza , fenomeni consecutivi e ricadute. — Tra tutte le malattie acute che compromettono la vita , la pneumonia è una di quelle la cui convalescenza à luogo più rapidamente e più completamente ; i soli fenomeni che perdurano dopo che le forze sono state riacquistate ; sono la tosse ed una diminuzione nella espansione polmonale. Si osserva spessissimo che i malati si lagnano di essere ancora affetti da un dolore del lato , incomodo durante le inspirazioni forti , dolore che si liga alla infiammazione della pleura , come il rumore di strofinio che si scorge frequentemente nel punto stesso dove à sede. Le ricadute sono estremamente rare ; in generale mi son sembrate meno gravi della prima malattia. In fine la convalescenza può essere incompleta ; ciò avviene ne' casi in cui la pneumonia passa allo stato cronico , o quando è causa dello sviluppo de' tubercoli polmonali , o pure quando provoca il rammollimento de' tubercoli preesistenti. Queste due circostanze , specialmente la prima , sono eccessivamente rare. La pneumonia è anche una causa determinante delle malattie organiche del cuore e dell' aorta (vedi il mio *Trattato della pneumonia*).

Diagnosi. — La pneumonia à due sintomi *patognomonici* cioè ; gli *sputi rubiginosi* e lo scoppiettio. Gli sputi i quali hanno una tinta *rubiginosa* , *giatta albicocco* , o *safferano* , *zucchero d' orzo* , *verdastria* , e forse anche gli sputi del color *del sugo di prune secche* , o di *ligorizia* , sono caratteristici d' una infiammazione polmonale. Non però così avviene degli sputi di color *matton* e di quelli che hanno l' aspetto di una forte soluzione di gommarabica ; perchè abbiamo osservato i primi nell' apoplezia polmonale , ed i secondi in certe bronchiti acute. Ma siccome sono più comuni nella pneumonia , ogni qual volta esistono , bisognerà *sospettare* e considerare come *probabile* la esistenza di quest' affezione. La crepitazione sottile , secca , eguale , numerosa , à per me lo stesso valore degli sputi rubiginosi ; in fatti non si osserva affatto in alcun' altra affezione meno che nella pneumonia. Non si avvera lo stesso dello scoppiettio umido e grosso o del rantolo sottocrepitante , i quali esistendo contemporaneamente nella pneumonia ed in certe bronchiti , non à un valore *assoluto* , ma soltanto un valore *relativo*. Quindi se il rantolo sottocrepitante dipende da una bronchite , lo si osserva spes-

so disseminato sopra una grande superficie; esso è mobile, e lo si osserva nell'uno o nell'altro polmone contemporaneamente, senza che vi abbia alcun rapporto costante tra i sintomi generali e l'estensione nella quale questo fenomeno esiste. Quando poi questo rantolo dipende da una pneumonia, è ordinariamente circoscritto, limitato ad un solo de' lati del petto, e coesiste generalmente con una febbre intensa con un punto di lato e con gli sputi rubiginosi. In fine nella pneumonia doppia, siccome i polmoni sono stati invasi *successivamente*, se nel lato che è stato affetto in ultimo luogo, non si osserva il rantolo sottocrepitante del lato opposto, la malattia essendo più antica ed arrivata ad un grado più avanzato, si distinguerà mediante un soffio tubario. Questo soffio non possiede alcun che di caratteristico; in fatti l'osserveremo in certe dilatazioni bronchiali, e lo troveremo pure nella pleurisia spesso cogli stessi caratteri come lo si osserva nella pneumonia. Tra gli altri sintomi locali, come il dolore del lato, la tosse e la dispnea, non ve ne è alcuno di caratteristico, poichè possono appartenere a diverse malattie: questi però sono segni *indicatori*, i quali debbono risvegliare l'attenzione del medico perchè osservasse attentamente gli organi del torace. Infine i sintomi generali e sintomatici saranno ancora importantissimi elementi per la diagnosi, e specialmente ne' vecchi. Quindi a quest'età uno stato febbrile continuo, che si manifesta con freddo violento che oltrepassa la durata della febbre efimera, e che non può essere spiegata da alcuna palpabile flemmasia esterna o delle cavità splancniche dovrà far credere come molto probabile la esistenza di una pneumonia. Questo giudizio sarà fondato sulla frequenza di quest'affezione ne' vecchi, su ciò che tutte le malattie acute dalle quali sono colpiti, la pneumonia è quella la quale è più spesso latente, che produce la reazione più viva ed eccita il maggior numero delle simpatie, senza quasi determinare disturbi funzionali per parte dell'organo ammalato. Si comprende bene che i precedenti sintomi hanno un valore minore ne' giovani, perchè questi sono soggetti alle malattie acute, le quali come le febbri tifoidee ed eruttive, non si accompagnano spesso nel loro sviluppo ad alcun sintomo locale. Tutto ciò che abbiamo detto de' vecchi si applica esattamente a tutti gl'individui deboli o affetti da malattie acute o croniche. La pneumonia essendo una complicanza frequente di tutti i stati morbosi gravi, importa che la vigilanza del medico sia costantemente sollecita per esaminare gli organi toracici; bisogna percuotere ed ascoltare spesso volte i malati, quando anche la mancanza di qualunque espettorazione, della tosse e della dispnea escludesse qualunque idea d'infiammazione polmonale.

L'ascoltazione non solo fa diagnosticare la pneumonia ma col soccorso della percussione, permette ancora di precisarne la sede e l'estensione della superficie. Questi metodi di esplorazione non possono però insegnarci a determinare la profondità sin dove l'alterazione si estende. Su di ciò si possono avere soltanto delle supposizioni fondate specialmente sulla gravità o la benignità de' sintomi generali. L'ascoltazione e la percussione ci sembrano a poco presso incapaci a poterci far diagnosticare le pneumonie centrali, ne' casi in cui queste non si conoscono mediante la natura della espettorazione. Laënnec à preteso che, in questi casi, un orecchio ben esercitato poteva sentire profondamente lo scoppietto e la respirazione tubaria; io però credo che l'illustre medico abbia in questo caso esagerato la potenza eminente dell'ascoltazione. In fatti nel mio *Trattato* è riportato molte osservazioni le quali mostrano, che una lamina del polmone permeabile della spessezza di 5 a 12 millimetri appena era stata sufficiente per oscurare, soffocare o mascherare i rumori patologici che una epatizzazione rossa o grigia più profondamente situata dovea produrre.

È cosa di somma importanza, pel pronostico e pel metodo di cura, il sapere diagnosticare il grado della pneumonia. La respirazione bronchiale e la bronfonia sono i soli segni certi per distinguere il secondo ed il terzo grado dal primo, il quale è caratterizzato dal rantolo crepitante. L'unione de' due rumori indicherà la esistenza simultanea de' due primi gradi; torna però assolutamente impossibile, poter diagnosticare il secondo dal terzo grado. Si potrà però *sospettare* una epatizzazione grigia, quando i malati espellono de' sputi simili al sugo delle prune, o pure quando si avvertono de' crepiti umidi e grossi uniti al soffio bronchiale; finalmente quando esiste uno stato generale grave, e che la malattia conta già più d'un settenario. Una collezione purulenta del polmone potrà soltanto essere diagnosticata quando essa comunica largamente con i bronchi, ed il pus è evacuato mediante la espettorazione. Avendo riguardo al solo corso della malattia ed a sintomi concomitanti, non si confonderà mai un ascesso polmonare con una caverna tubercolosa o con una dilatazione de' bronchi; lo si distinguerà pure facilmente da una pleurisia circoscritta. La preesistenza d'una malattia del fegato, della milza e de' reni, de' sintomi gravi che bruscamente si manifestano dal lato del petto, e sono seguiti dalla uscita d'una quantità qualche volta enorme di pus, offrendo differenti caratteri, secondo l'organo che lo à fornito, faranno riconoscere un ascesso perforante.

Nello stato attuale della scienza, non si saprebbe determinare sicuramente durante la vita, se il polmone sia *epatizzato* o *splenizzato*; questa ultima alterazione sarà però *probabile* quan-

do l'ascoltazione non fa scorgere al livello del suono matto nè respirazione bronchiale, nè espansione vescicolare, nè rantolo crepitante, ma solamente a'cune bolle di scoppiettio umido e grosso, o quando manca completamente qualunque rumore naturale o morboso, come se vi fosse uno spandimento cronico o un tumor solido dato da un altr'organo anzichè dal polmone. Son sollecito a dire però che una pneumonia quando arriva sino alla superficie dell'organo ed à i caratteri ordinari della epatizzazione rossa o grigia, non può essere conosciuta nè pel soffio nè per lo scoppiettio, ma solamente pel suono matto e per la mancanza di qualunque rumore naturale o morboso, del quale non si potrà rendere conto per poterlo spiegare, quando non si osserva una ostruzione de' bronchi prodotta dalle mucosità o dalle false membrane che avrebbero posto un ostacolo alla entrata dell'aria. Se in questi casi i sputi mancano, non si potrà arrivare alla diagnosi della pneumonia se non che considerando lo stato generale e sintomatico; poichè nessuna affezione acuta del petto determina ad un altissimo grado quanto la pneumonia, una febbre intensa, una prostrazione delle forze, la cefalalgia, il delirio. ec.

Per poco che si presti attenzione, torna impossibile poter confondere la pneumonia con alcun'altra malattia acuta del petto, come la pleurisia, la elicia acuta, l'apoplessia polmonale; stabiliremo poscia, quando tratteremo di ciascuna di queste malattie la loro diagnosi differenziale. In quanto alle bronchite capillare, la si distingue dalla infiammazione del parenchima polmonale mediante il rantolo sibilante, fragoroso e mucoso; pel suono sempre sonoro del torace, per i sputi bianchi o opachi, per la mancanza di punto del lato; se il dolore esiste è quasi sempre sotto sternale; finalmente per lo apparato febbrile negativo o mediocre nella bronchite, quasi sempre forte nella pneumonia. Il signor Roger à provato in fatti, che tra tutte le affezioni delle vie respiratorie, nessun'altra quanto la pneumonia dava luogo ad uno sviluppo di calorico animale tanto considerabile, poichè, ne' tre quarti, il termometro collocato nell'ascella si alza sino al 40 ed anche più: la media per tutti fu di 39°, 97. Bisogna infine aver cura di non confondere con le febbri tifoidee le pneumonie accompagnate da fenomeni adinamici ed atassici: questa negligenza è frequente, quantunque sia facile poterla evitare esplorando attentamente il petto, avendo riguardo al modo d'invasione della malattia ed a' sintomi addominali, quasi negativi nella pneumonia, notabilissimi e variabilissimi sin dallo sviluppo della febbre tifoidea.

Prognostico. — La pneumonia è malattia sempre grave; ineguale però alle differenti età della vita. Quasi sempre mortale ne' neonati e ne' fanciulli lattanti, è pure micidialissima sino alla

età di cinque o sei anni, lo che dipende non solamente dalla età, ma pure dal perchè quasi tutte le pneumonie che si sviluppano a quest'epoca sono consecutive ad uno stato morboso anteriore. I fatti raccolti dopo molti anni da' signori Barrier, Rilliet, Barthez, Valleix, Venois, Ruz, Gerhard, Becquerel, Bouchut, lo dimostrano. Al di là di quest'epoca poi e sino al quindicesimo anno, la pneumonia è un' affezione molto seria. Ne' seguenti periodi, la mortalità è tanto più grande, ed il pronostico deve essere per conseguenza altrettanto più funesto in quanto che gl'individui sono più avanzati in età; quindi è dimostrato che la mortalità, la quale da sedici a trent'anni, è appena d'un quattordicesimo, d'un settimo da trenta a quaranta, d'un sesto tra quaranta e cinquanta, d'un quinto, tra cinquanta e sessanta, uccide 8/10 di quelli che hanno passati i sessant'anni. D'altronde a cose eguali, è pur veduto che presentava più gravezza nella donna che nell'uomo, più ne' deboli che in quelli fortemente costituiti. Lo stato della gravidanza è pure una circostanza pericolosissima, poichè quasi tutte le donne muoiono dopo l'aborto o il parto prematuro. Gl'individui d'una costituzione debole, la conformazione viziosa del torace, le rachitidi, le antecedenti pneumonie, le condizioni sfavorevoli igieniche, l'abitudine della ubriachezza, la cura incominciata ad un'epoca lontana dallo sviluppo, sono altrettante circostanze che rendono l'esito più incerto, mentre le stagioni, la natura delle cause occasionali non influiscono sensibilmente sul pronostico. La pneumonia del lato dritto non offre nè più nè meno di gravezza di quella del lato sinistro; numerosi fatti però hanno provato che la flemmasia del lobo superiore termina il più delle volte funestamente di quella del lobo opposto, senza però poter fin ora stabilire la ragione d'una simile differenza. Tra i sintomi ve ne à un certo numero che formano un elemento pel pronostico; così l'acceleramento grandissimo della respirazione, quello del polso, quando arriva sino a 120 pulsazioni nell'adulto, indica sempre molta gravezza. Il pericolo è specialmente grande, quando la respirazione è irregolare, interrotta; quando il polso è piccolo, irregolare, intermittente; quando i malati van soggetti alle sincopi. Gli sputi del colore del *sugo di prugna secca o di rigolizia*, sono di tristissimo augurio, poichè abbiamo veduto che coincidono il più delle volte colla epatizzazione grigia. La soppressione istantanea della espettorazione è pure una circostanza pericolosa, specialmente quando gli sputi continuando ad essere esalati si accumulano ne' bronchi. Finalmente l'ispezione delle urine potrà essere utile pel pronostico. Così crediamo che, se durante il periodo acuto, l'urina presenta un deposito spontaneo, o pure dopo essere stata trattata coll'acido nitrico, è probabile che la malat-

tia abbia un esito felice (suppongo che il precipitato non dipende da una malattia de' reni). In generale può dirsi, che per fissare il giudizio sull' esito che avrà la pneumonia, il medico deve prima di tutto aver riguardo allo stato generale dell' individuo ; quindi il pronostico dovrebbe essere incerto se la percussione e l' ascoltazione indicando una diminuzione nell' ingorgo polmonale, i sintomi generali rimangono stazionari. Il pronostico sarà funesto se mentre gli accidenti locali sembrano diminuire, si osserva poi che i sintomi generali si aggravano; se allora non esiste alcuna complicanza che li potesse spiegare, si considererà come cosa probabile il passaggio della pneumonia dal secondo al terzo grado. Ne' ragazzi specialmente e nei vecchi non bisogna tener conto di alcuna miglioria che si osserva, che per quanto essa è notevole e dura per qualche tempo; poichè abbiain veduto precedentemente che ne' due estremi della vita, la pneumonia aveva spesso un andamento interrotto, i fenomeni stetoscopici sparivano e ricomparivano alcune volte a due o tre riprese differenti, prima che la malattia avesse un esito funesto. Tutte le complicanze rendono il pronostico più grave. La forma tifoidea è sempre pericolosa, ma porta seco un gran pericolo, quando regna epidemica. Qualunque sia la età dell' individuo, la pneumonia è quasi mortale quando si manifesta nel corso d' una malattia grave, come una febbre eruttiva, una flebite, le affezioni cancerigne, la malattia di Bright ed il diabete. La malattia è generalmente micidialissima ne' dementi e ne' paralitici. Al contrario moltissimi fatti ci hanno provato, come pure a' signori Andral e Louis, che la polmonia quando sopravviene negli etici ancora alquanto pingui è fornita di forze, guariva quasi costantemente senza aggravare la malattia preesistente, anche quando esistono delle caverne ne' polmoni.

Etiologia. — La pneumonia è malattia di tutte le età. Più comune ne' due estremi della vita, causa principale della morte ne' vecchi, conta il suo *maximum* di frequenza nell' adulto nel periodo di venti o trent' anni. Se l' uomo vi è soggetto da due a quattro volte più della donna, ciò non dipende da un' azione speciale esercitata dal sesso, ma dalle differenti condizioni igieniche, poichè quando queste sono le stesse, la proporzione delle pneumonie non differisce affatto nell' uomo che nella donna. Se l' influenza de' temperamenti e della costituzione nella produzione della pneumonia non è ancora sufficientemente stabilita, i fatti hanno almeno mostrato, che una viziosa confermazione del torace non predispone alla malattia; che questa sembra essere tanto più comune per quanto gl' individui erano più poveri, che commettevano più eccessi e si dedicavano a' più duri travagli. Gli attacchi antecedenti ne risvegliano altri novelli; e nelle recidive, la malattia tende ad invadere sempre lo stesso polmone. La pneu-

monia incrudelisce in tutti i paesi del globo; noi però l'abbiamo trovata più frequente nelle regioni settentrionali e ne' climi temperati, pare che ne' paesi equatoriali abbia la minima frequenza. Abbiamo pure provato che essa poteva essere anche frequentissima ne' paesi situati nelle condizioni affatto opposte, come a Malta e nelle isole Bermude. La pneumonia può regnare sporadica o epidemica in tutte l'epoche dell'anno; a Parigi però è osservato che, in generale, il suo massimo di frequenza si trova nel mese di marzo e di aprile. Per la influenza delle cause occasionali, è dimostrato quanto il polmone difficilmente s'infiamma per l'azione delle violenze esterne; in fatti è potuto comprovare l'azione d'una causa occasionale, appena in un quarto degl'individui, nella maggior parte era un raffreddamento del corpo. Quindi nella maggior parte de' casi, la pneumonia, sviluppa senza il concorso di alcuna causa eccitante manifesta, cioè che la malattia, è allora, secondo tutte le apparenze, *spontanea*. D'altronde, ogni qual volta che una causa occasionale ha provocato lo sviluppo della pneumonia, bisogna ammettere che questa causa non ha potuto avere effetto, che per quanto l'individuo era antecedentemente predisposto a provarne gli attacchi, poichè questa causa avea di già agito in simili circostanze in apparenza, senza produrre gli stessi effetti pericolosi.

Nell'opera dalla quale è ricavato i risultati precedentemente indicati, è pure provato che ogni stato morboso della economia nel quale esiste un movimento febbrile ed una grande debolezza predisponere alle flemmasie polmonali. Questa tendenza estrema de' polmoni ad infiammarsi nel corso di qualunque malattia acuta o cronica, si osserva specialmente ne' ragazzi e ne' vecchi. Quindi ne' primi, le pneumonie secondarie, le sole quasi che si osservano ne' cinque o sei primi anni, sono in preferenza comuni nella cangrena della bocca, nel morbilli, nella pertosse nel crup, nel vaiuolo, nella febbre tifoidea e nella enterite cronica. Tra le malattie speciali degli adulti, o almeno più frequenti a questa età, citeremo tra le malattie acute quelle le quali sono più capaci di produrre le polmonie, il moccio e la plebite; poi vengono dopo la febbre tifoidea, le affezioni acute de' centri nervosi e le altre malattie febbrili, come il reumatismo, ec., tra le malattie croniche si distinguono dapprima lo etisia; le affezioni organiche del cuore, le malattie cancerigne; le lesioni croniche del fegato, e poi vengono in seguito la demenza paralitica. Quasi tutte queste malattie determinano lo sviluppo delle pneumonie in conseguenza della debolezza che producono; sia che questa agisca rendendo più facili le congestioni passive de' polmoni, sia che l'individuo indebolito sia più impressionabile, e resista meno alle cause ordinarie delle pneumonie. Checchè ne sia, la prima causa è reale, ed è cer-

ta, siccome il Signor Piorry à d'altronde il merito di averlo stabilito il primo, che il decubito dorsale prolungato, produce nelle parti declivi de' polmoni un ingorgo sanguigno, il quale è la causa d'un gran numero di pneumonie consecutive (*pneumonia ipostatica*).

Cura. — La pneumonia non essendo una malattia specifica, e presentando inoltre caratteri differentissimi, secondo la età, le costituzioni mediche, ec., torna inutile insistere per provare che non saprebbe adattare contro di essa un metodo uniforme.

I salassi sono stati in tutti i tempi il mezzo principale e forse unico, mediante il quale i pratici di tutti i paesi hanno combattuto le pneumonie. Si è pur veduto, ad epoche differenti, che le emissioni sanguigne sono state prodigate, dagl' uni, e proscritte dagli altri. Noi però abbiám provato che per giustamente agire, non bisognava adottare affatto alcuna di queste opinioni esclusive. Quindi è dimostrato nel mio *Trattato* che l'aspettazione era nociva anche in quelle pneumonie benigne, che la natura aiutata dal regime, poteva per se sola guarire. Più fondatamente dunque bisogna agire nelle pneumonie gravi; così è stabilito come principio terapeutico, e che non può andar soggetto ad alcuna eccezione, *che ad ogni pneumonia benigna bisognava opporre un metodo più energico di quello non sembrava dover esigere lo stato generale e locale.* Quindi in questi casi, bisognerà praticare un salasso al braccio; se il dolore del lato è predominante, si preferirà il salasso locale; alcune volte si praticherà l'uno e l'altro contemporaneamente. A questi mezzi si unirà l'uso delle bevande pectorali ed alcuni blandi lassativi. Questa cura avrà il vantaggio, sul metodo di aspettazione, d'impedire che certe pneumonie addivenissero gravi; procurerà un sollievo istantaneo, ed abbrevierà sensibilmente la durata della malattia.

Il salasso non è utile in tutte le pneumonie; quindi riesce nocivo nella maggior parte di quelle che sono secondarie, e generalmente tutte le volte che la malattia assale individui cacochimici, indeboliti dalla miseria e dalla età; o pure quando riveste una forma tifoidea, o che si manifesta nel corso di certe costituzioni mediche, siccome lo hanno osservato Sydenham e Huxam. In una parola bisogna astenersi da' salassi quando la prostrazione è estrema, il polso piccolo, che sfugge sotto le dita, irregolare, e quando, dietro l'insieme de' sintomi si teme il passaggio della pneumonia al terzo grado. Fuori di questi casi il salasso è utile; l'età troppo tenera o troppo avanzata degl'individui non è nè può essere una controindicazione assoluta pel salasso; queste circostanze però debbono forzarci ad essere meno prodighi; la stessa regola valga pure quando la malattia è molto antica, la quale per se stessa non può mai

proscrivere il salasso, se d'altronde i sintomi generali lo richiegono. Non bisogna dimenticare che il salasso sarà altrettanto più utile, siasi per sollevare, che per abbreviare la durata della malattia, per quanto lo si praticherà ad un'epoca più vicina allo sviluppo della malattia.

I salassi locali non possono produrre uno sgorgo molto rapido, quindi, se lo stato del polso lo permette bisogna preferire i salassi generali. Quando però il dolore del lato è vivo, bisognerà ricorrere ad un'applicazione di sanguisughe o di coppe a vento, le quali hanno il vantaggio di togliere la puntura del lato più rapidamente di quello accade quando si apre la vena. I salassi locali però sono quelli che più convengono ne' ragazzi, almeno in quelli che non ancora hanno oltrepassato l'età di sei anni. Ne' più giovani si applicheranno due sanguisughe soltanto, dieci o dodici in quelli più adulti; si potranno anche ripetere una o più volte. Nell'adulto il salasso si ripeterà più o meno soventi volte; ciascuna evacuazione sarà più o meno abbondante, secondo lo stato delle forze, il grado di resistenza del polso e la pertinacia della infiammazione. Quindi vi sono individui pletorici, vigorosi, ne' quali si potranno praticare con vantaggio tre o quattro salassi nel corso delle venti quattr'ore: lo stesso numero si potrà anche ripetere ne' giorni seguenti, mentre in altri bisogna limitarsi ad un solo salasso. Da ciò ne risulta, che la quantità di sangue che gl'individui possono perdere quando sono affetti da pneumonia non potrà essere fissata nè anche approssimativamente, e neppure il numero de' salassi che potrebbero loro prescriversi. Il Signor Bouillaud è il solo medico, il quale abbia contrastato questi principi sanzionati d'altronde dalla esperienza de' più grandi maestri e dalla osservazione giornaliera. Questo professore in fatti assoggetta la cura della pneumonia a regole fisse, e determina quale debba essere il numero de' salassi da praticarsi in ciascun giorno e sin anche la quantità di sangue che bisogna estrarre a ciascun salasso. Col suo metodo il professore della Charité à preteso di guarire un gran numero di malati; dice pure averli prontamente sollevati, ed in molti abbreviata la durata della malattia. Nessuno oggi presta fede a questi miracoli, specialmente dopo aver analizzati i fatti riportati dall'autore, ed aver dimostrato che la mortalità d'un ottavo ottenuta dal Signor Bouillaud, si spiegava per la età poco avanzata de' suoi ammalati, i quali avevano per media età trenta tre anni. Il Signor Bouillaud non solo à trovato un utile ausiliario nella età de' suoi ammalati, ma è stato pur anche favorito da un gran numero di pneumonie benigne o poco gravi; aggiungiamo finalmente che, quasi tutte le pneumonie sono state osservate negli uomini, ne' quali la mortalità è meno considerabile che nelle donne; in modo che

considerando tutte le circostanze felici in mezzo alle quali si è trovato il Signor Bouillaud, bisognerebbe rimproverarlo di non aver ottenuto risultati anche più vantaggiosi. Abbiamo pure detto, che il Signor Bouillaud pretendeva sollevare e guarire più sollecitamente la metà de' suoi ammalati mediante il suo metodo, ciò che non si ottiene cogli altri metodi ordinari; quest'asserzione però è fondata unicamente sopra un modo vizioso, adottato dal Signor Bouillaud per calcolare la durata della malattia. Quindi, sino a tanto che si calcola nella durata della pneumonìa il tempo che passa dallo sviluppo de' primi sintomi, e specialmente dalla febbre, sino alla convalescenza, il Signor Bouillaud, cosa incredibile, à prolungato la durata della malattia nella sola durata della cura. Per esempio i malati curati negli ospedali, i quali implorano le nostre cure soltanto dopo tre, cinque, otto o dieci giorni di malattia, il Signor Bouillaud, non mettendo a calcolo questo periodo, contava il momento della guarigione, o della morte partendo solamente *dal giorno in cui i malati erano entrati nell'ospedale*; in guisa che le pneumonie che egli diceva aver avuto una durata di nove giorni, in realtà si dovevano calcolare quindici, quando si vuol contare come fanno tutti gli altri medici.

Dopo alcuni anni però il signor Bouillaud à rinunciato a questo sistema; ma quello che egli à adottato è tanto vizioso quanto il primo, poichè consiste a ravvicinare il termine della convalescenza, e calcolare questa dal momento in cui la febbre diminuisce ma non ancora cessa (1); come che si fosse nel diritto di considerare guariti dalla polmonia quegli individui presso i quali il movimento febbrile non ancora era spento. Bisogna supporre una grande preoccupazione di spirito perchè egli abbia potuto, il signor Bouillaud, paragonare fatti così interpretati con i nostri e con quelli de' signori Louis e Chomel, e specialmente perchè egli avesse potuto rapportare al suo metodo di cura un beneficio che egli non à compartido. D'altronde la cura adottata dal signor Bouillaud abbrevia sì poco la durata della pneumonìa, che volendo analizzare i fatti dallo stesso pubblicati, conformemente alle regole fisse proposte dal signor Louis, e che noi stessi abbiamo adottate, si trova che il signor Bouillaud non à guarito più sollecitamente di quello abbiamo fatto noi. Dunque senza alcuna utilità i suoi malati anno perduto 1. chilogramma di sangue più de' nostri. Dio sa quali risultati dispiacevoli anno potuto aver luogo per la loro costituzione, o almeno per lo ristabilimento delle loro forze!

Abbenchè le opinioni del signor Bouillaud non abbiano tro-

(1) *Voir sa Clinique, t. II. p. 206.*

vato alcun seguace tra i nostri pratici, credo però in ragione dell'alta posizione dell'autore, e dell'autorità che gli dà il suo talento, doverle assolutamente combattere anche in questo libro, per prevenire i miei giovani colleghi, non ancora iniziati alle difficoltà della pratica, contro i pericoli di una dottrina che essi, io spero, non saranno per abbracciare. Se poi alcuni dubbi potessero sorgere nella mente de' miei lettori, li pregherei di leggere *il mio trattato della pneumonia*, nel quale è lungamente analizzato, è matematicamente trovato il poco valore di tutti i documenti, pubblicati dal signor Bouillaud, e da' suoi allievi.

In riassunto, bisogna, nella cura della pneumonia, salassare largamente e rapidamente; ma sempre misurando le forze e la esigenza della malattia. Quindi siccome lo abbiamo detto nella generalità delle infiammazioni, non bisogna sperare che i salassi, praticandoli allo sviluppo della malattia, abbiano un risultato immediatamente utile; poichè la pneumonia, siccome tutte le altre malattie, à un periodo di aumento crescente, comunque abbondanti possono essere le perdite del sangue. Rasori manifestava la stessa idea, e la sua testimonianza è tanto più valevole in quanto che conosciamo che questo gran medico faceva tirare frequentemente più di sei chilogramme di sangue a' suoi malati, senza che impedisse che la malattia si accrescesse nonostante una perdita così considerabile.

Quando però la malattia non cede agli antiflogistici, avvi un tempo in cui questi mezzi non possono più applicarsi; in questi casi, la maggior parte de' moderni amministrano le preparazioni antimoniali e specialmente il tartaro stibiato ad alta dose; noi però siamo di avviso che non bisogna tardare sì lungo tempo per ricorrere al metodo contro stimolante. In fatti, credo aver dimostrato che l'indebolimento grandissimo de' malati era una circostanza pericolosa, la quale rendeva l'azione dell'emetico molto più incerto. Bisogna dunque guardarsi bene di esaurire la possibilità di salassare. La sola condizione che ci sembra essenziale perchè l'emetico sia convenevolmente amministrato, consiste nel far perdere prima la sua durezza al polso, mediante uno o più salassi praticati a brevi intervalli gli uni dagli altri. In ciò consiste tutto il segreto per bene amministrare l'emetico: quindi nel caso in cui il polso è molle, depresso sin dallo sviluppo della malattia, comunque estesa possa essere la pneumonia, bisogna astenersi da qualunque emissione sanguigna, per amministrare l'emetico a dose generosa, salvo il caso in cui il polso si rialza ed addivene più duro l'indomani da costringere il medico a ricorrere al salasso generale o locale. Non si riprenderà l'uso del tartaro stibiato senonchè quando il polso si sarà fatto cedevole e molle. Seguendo questi principi si potrà avere soltanto la mortalità di un ottavo circa in quelli individui curati

ne' nostri Ospedali. Coll' amministrazione ancora del tartaro stibiato si possono avere queste rapide migliorie, spesso quasi istantanee, le quali non si ottengono certamente in modo sì rapido mediante i salassi. La cura del tartaro stibiato è applicabile alle pneumonie di tutte le età: i signori Rilliet, e Barthez hanno provato che questo medicamento combinato colle applicazioni delle sanguisughe, costituisce il metodo di cura più utile nelle flemmasie pulmonari de' fanciulli. Nella maggior parte de' malati adulti si comincia l' amministrazione del tartaro alla dose di 30 centigramme in una pozione gommosa; ne' vecchi si può esordire da 40 a 50 centigramme; ne' neonati se ne amministreranno 10 centigramme, in quelli al di sopra di tre anni, si potrà incominciare con 15 o 20. Le dosi saranno poscia aumentate o diminuite secondo gli effetti ottenuti. Quindi nell' adulto e nei vecchi potrà aumentarsi successivamente sino alla dose di 1 gramma. Non credo però che nel nostro clima possa essere cosa prudente oltrepassare questa dose, siccome potrebbe aver luogo ne' climi caldi, come quelli d' Italia, di Spagna, e forse anche al mezzogiorno della Francia. L' emetico sarà amministrato in una pozione gommosa di 90 a 120 gramme, che si dà a cucchiariate epicraticamente nelle ore del giorno. Quasi sempre dopo il secondo o terzo cucchiaino ed anche dopo il primo, i malati hanno vomiti biliosi, e specialmente scarichi ventrali gialli, più o meno numerosi ed abbondanti, i quali diminuiscono o anche finiscono affatto ne' giorni susseguenti, quando si continua: dicesi allora esservi *tolleranza*. Alcuni considerano a torto la tolleranza siccome una circostanza vantaggiosa all' azione dell' emetico, così han creduto stabilirla più facilmente aggiungendo una preparazione oppiata alla pozione stibiata; io però è dimostrato che questa addizione era perfettamente inutile. Il solo mezzo perchè i primi effetti siano meno numerosi consiste in far sciogliere l' emetico in una piccola quantità di veicolo, aggiungendovi qualche sostanza aromatica. Le evacuazioni sono vantaggiose, per lo effetto rivulsivo, come anche per le scosse che le accompagnano. Può dirsi inoltre, che la tolleranza la quale si ha fin dallo sviluppo è una circostanza di tristo augurio, perchè indica la mancanza di reazione dell' organismo contro l' azione de' medicamenti: quindi si osserva soltanto ne' vecchi e ne' deboli. Però, indipendentemente dal suo effetto rivellente, l' emetico sembra agire specialmente in virtù di un' azione particolare che spiega consecutivamente sulla nutrizione in grazia dello assorbimento. L' uso dell' emetico è soltanto contro indicato quando l' ammalato è affetto da una lesione organica o da una flemmasia intensa degli organi digestivi; una leggiera enterite però, o lo stato di gravidanza non sono affatto di ostacolo all' amministrazione del medicamento.

Altre preparazioni antimomiali sono state raccomandate nella cura della pneumonia, si è preferito specialmente l'ossido bianco, alla dose di 4 a 16 gramme, ed il chermes alla dose di 60 centigramme sino a 3 o 4 gramme; l'utilità di questi rimedi però non è sufficientemente dimostrata. L'ossido bianco altro non può essere forse, se non che una polvere poco attiva, e come altri dicono quasi inerte. Pel chermes poi, esso è un rimedio talmente infedele, ed i suoi effetti talmente variabili, da non potergli affatto prestare alcuna fiducia. In una malattia la quale, siccome la pneumonia, siegue un corso sì rapido, i rimedi contro-stimolanti meritano la preferenza, come quelli i quali sono di una composizione da per tutto identica e per conseguenza di un effetto certo. Tra tutte le preparazioni antimomiali il tartaro stibiato è quello che merita la preminenza. Passerò sotto silenzio la digitale, l'acetato di piombo, l'acido idrociano o prussicio, l'acqua coobata di lauro regio, medicamenti vantati moltissimo in Italia ed in Alemagna siccome forniti delle proprietà contro-stimolanti. Però non meritano alcuna confidenza i fatti ottenuti fino a' giorni nostri da questi medicamenti. Non à guari, dubitava moltissimo della efficacia de' vescicatori, i quali sono in uso generale e forse universale nella cura della pneumonia; d'altronde, tre grandi autorità, Rasori, Laënnec ed il Signor Louis, avevano emesso gli stessi dubbi prima di me; queste stesse autorità ànno anche contrastato l'utilità dei vescicatori nella cura della pneumonia degli adulti; numerosi fatti però raccolti in questi ultimi anni non mi permettono più di adottare questa opinione. Oggi son di avviso colla generalità de' medici, che i vescicatori applicati, non allo sviluppo della malattia, come altri fanno, ma ad un'epoca più avanzata e dopo l'uso de' salassi, sono de' mezzi coadiuvanti i più energici che possediamo. Io li uso abitualmente ne' giovanetti e me ne sono sempre lodato; li applico in essi più sollecitamente che negli adulti. Questo mezzo tanto energico è pur anche messo in pratica dal Signor Trousseau, il quale à l'abitudine, ne' fanciulli lattanti, di applicare de' larghi vescicatori volanti sul petto, ora alla parte posteriore ed ora alla parte anteriore, e ciò sin dallo sviluppo ed in tutti i periodi della malattia.

Tra le complicate della pulmonia che precedentemente abbiamo studiate, il solo delirio è quello il quale richiede una cura speciale. Se il disturbo delle facoltà intellettuali si liga ad una flemmasia delle meningi, o se manifestatosi sin dallo sviluppo esso dipende dalla intensità della febbre, sarà questa una ragione maggiore per insistere sugli antilogistici. Ma se il delirio è accompagnato da quel insieme di accidenti i quali caratterizzano la forma atassica, bisognerà tentare l'uso degli antispasmodici. In queste condizioni il Signor Recamier à raccomandato il

muschio alla dose di 40 o 50 centigramme sino ad 1 gramma e più, amministrato sotto forma pillolare alla dose di 5 centigramme alla distanza di un ora sino alla completa remissione degli accidenti. Alcuni fatti favorevoli autorizzano l'uso di questo medicamento dal quale abbiamo noi stessi ottenuto grandi vantaggi. Finalmente quando il delirio à luogo negli ubriachi, offre i caratteri del *delirium tremens*; bisogna allora sollecitare l'amministrazione dell'oppio per le vie della bocca e per clisteri; inoltre, siccome questa forma di delirio nasce sempre in seguito della soppressione istantanea de' liquori spiritosi, bisognerà permettere l'uso d'una piccola quantità di vino a coloro i quali sono abituati a berne in ciascun giorno una grande quantità. Questo precetto è stato adottato da Chomel, ed osservasi quotidianamente nella pratica.

La forma che la pneumonia riveste deve anche modificare il metodo di cura. Quindi nelle pneumonie biliose, avvi un elemento nuovo che bisogna combattere cogli evacuanti; tutti i momenti però non sono egualmente opportuni per obbedire a questa indicazione. Quando questo stato coesiste con una viva reazione febbrile, con polso forte, sviluppato, bisogna trascurarla per occuparsi dello stato infiammatorio, e spesso accade che gli antiflogistici trionfano contemporaneamente e della febbre e della complicità biliosa. Se poi lo stato bilioso predomina, se il polso è debole, molle, bisogna incominciare l'amministrazione di un emeto-catartico. L'uso degli evacuanti deve essere prescritto ne' casi in cui avvi positiva indicazione. Quindi non saprebbersi, all' esempio di Riverio, elevarlo ad un metodo generale. I vomitivi però ripetuti possono convenire in alcuni casi speciali particolarmente nella pneumonia de' fanciulli lattanti. Il Signor Trousseau il quale fa salassare i ragazzi di tre mesi colpiti da pneumonia semplice, amministra in tutti i casi, qualunque possa essere la forma della malattia, l'emetico alla dose da procurare il vomito; questo medicamento e gli altri antimoniali prescritti a titolo di contro stimolanti sono, a parer suo, meno efficaci de' vomitivi.

La cura delle pneumonie tifoidee è molto più difficile; poichè nessun metodo è applicabile a tutti i casi; bisogna pure variare la medicatura secondo il periodo della malattia. Quindi nello sviluppo bisogna spesso cavar sangue, però sempre con prudenza; se poi la debolezza è grande, se le funzioni cerebrali sono pervertite, bisogna allora dimenticare la natura infiammatoria della malattia per occuparsi esclusivamente della indicazione vitale, cioè amministrare la china-china, il vino, ec; in fatti ciò osservasi spesso ne' vecchi. Nelle forme intermittenti e remittenti, si deve prescrivere il solfato di chinina al più presto possibile; ma quando si è chiamato nel momento dello ac-

censo, bisognerà, se avvi molto dolore ed oppressione, probabilmente ricorrere ad una emissione sanguigna. Infine il metodo di cura delle pneumonie consecutive è uno de' punti più difficili nella pratica. Generalmente convengono i debilitanti prescritti con molta circospezione, e fra questi sceglier quelli i quali meno producono la prostrazione delle forze e recano un più pronto sollievo. Per questo doppio scopo si preferirà l'emetico a dose avanzata. Non intendo però che il salasso debba essere proscritto; solo voglio che se ne riserbi l'uso in alcuni casi, e sempre con moderazione.

DELLA PLEURISIA

La parola *pleurisia* la quale per lungo tempo significava qualunque dolore vivo che aveva sede in uno de' lati del petto, oggi è stata esclusivamente consacrata per indicare la infiammazione della pleura.

Divisione. — La pleurisia si distingue in *acuta* e *cronica*. Si divide ancora in *generale*, e *parziale*, secondo che la flemmasia occupa la pleura in tutta la sua estensione o è circoscritta in uno spazio più o meno limitato: quindi è che la pleurisia è stata chiamata *costo-polmonale*, *diaframmatica*, *mediastina*, *interlobulare*, secondo che la infiammazione è limitata alla pleura che veste i lati e la faccia corrispondente de' polmoni, o a quella che covre il diaframma, il mediastino, o la scissura interlobulare.

Storia. — Da tempo immemorabile è stata fatta menzione della pleurisia; pur tuttavia i medici hanno avuto per lungo tempo di essa idee confusissime. Per molti secoli confusa colla pneumonia, descritta come affezione distinta da Boerhaave e De Haen, confusa poscia da Haller, Tissot, Cullen e da Portal, è stata definitivamente separata da Pinel; finalmente Laënnec, imparando a riconoscerla sull'uomo vivente, ed a distinguerla dalla pneumonia, cosa difficile prima di lui, a messo termine a tutte le dispute. Questa malattia è stata l'oggetto di alonni lavori per parte di molti de' nostri contemporanei, tra i quali citerò, dopo Laënnec, i signori Cruveilhier (1), Andral (2) Chomel (3), Hirtz (4) Heyfelder (5), Damoiseau (6), Oulmont (7) e Baron figlio (8); quest'ultimo ha studiato la pleurisia della giovine età.

(1) *Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques*, article *Pleurésie*.

(2) *Clinique médicale*, t. IV.

(3) *Dict. de médecine*, 1. et 2. edit., Article *Pleurésie*.

(4) *Archives*, 2. Série, t. XIII. p. 172.

(5) *Ext. dans Archives*, 3. Série, t. V. p. 39.

(6) *Archives*, année 1843 et Thèse de Paris, 1845.

(7) Thèse de Paris, 1844.

(8) Thèse de Paris, 1841.

Anatomia patologica. — Nella pleurisia, la pleura sembra rossa, iniettata; ma abbiamo precedentemente veduto che questo iniettamento, penetrante raramente la membrana istessa, esisteva soltanto nel tessuto cellulare sottostante. La pleura d'altronde non à subito alcuna alterazione manifesta di nutrizione: in alcuni casi solamente ci è sembrato che essa si distaccava più facilmente, ciò che potrebbe meno dipendere da una lesione propria, anzichè da un' alterazione del tessuto cellulare, il quale è la sede dell' iniettamento infiammatorio. Purchè però la pleurisia si prolunghi per uno o due giorni, ed anche per alcune ore soltanto, stabilisce un' alterazione di segregazione, la quale consiste ordinariamente in uno spandimento sero-albuminoso, la cui quantità varia da alcune gramme sino a molte chilogramme. La materia stravasata è in gran parte formata da un liquido sieroso di color citrino; spesso questo è opaco, fosco, giallo o verdastro, raramente è rossastro e formato da sangue più o meno puro: la pleurisia, in questi casi, è chiamata *emorragica*. Alcune concrezioni albuminose e membraniformi esistono sempre nel fluido stravasato, ma vi si trovano sempre in una quantità variabile: alcune volte vi sono soltanto alcuni fiocchi rari e grigiastri; il più delle volte il trasudamento albuminoso forma il terzo o il quarto dello spandimento. Qualche volta non esiste affatto o appena poco siero, mentre la maggior parte della cavità della pleura è ripiena di una materia d' un bianco giallastro, opaco o semi-trasparente, qualche volta fluido come la crema, il più delle volte della consistenza dell' albumina cotta, o simile alla cotenna infiammatoria. Essa è stravasata in massa verso le vertebre e sul diaframma, o pure tappezza le superficie parietali e viscerali della pleura, che rende immediatamente aderenti, o mediante delle lamine della stessa natura. Queste concrezioni sono disposte, ora uniformemente, altre volte sotto forma di granulazioni, o di piastre irregolari, della spessorezza che varia tra 1 e 6 millimetri. Quando si distaccano, si trova sotto di esse la membrana sierosa colla sua trasparenza, la sua levigatezza, la sua spessorezza, la sua consistenza ed anche il suo colorito normale. Quando queste membrane esistono sole e senza alcun spandimento liquido, si dice *che la pleurisia è secca*. In fine, de' fluidi aeriformi si osservano alcune volte nella pleura infiammata: la loro presenza indica quasi sempre un perforamento polmonale o pure una gangrena della pleura; quest' ultima alterazione è però eccessivamente rara. Mentre queste lesioni esistono, si osservano ancora diversi cambiamenti dipendenti dallo spandimento istesso: quindi quando questo è considerabile, il lato corrispondente è dilatato; gli spazi intercostali sono più larghi; il diaframma impegnato verso il ventre; il mediastino ed il cuore devianti verso il lato sano; i principali effetti però di

solamente depresso. Queste pleurisie parziali spesso coesistono co' tubercoli de' polmoni; esse sono più spesso croniche che acute.

Il Signor Beau à detto in questi ultimi tempi (*Archives de 1847*) che nelle pleurisie semplici come pure nelle pleuro-pneumonie, la flemmasia si propagava costantemente a' nervi intercostali, i quali sono in contatto quasi immediato colla pleura ammalata, e ciò nell' $\frac{1}{3}$ posteriore del loro tragitto, cioè sino all'angolo delle coste. Questa lesione consisterebbe in un inietramento spesso vivo del cordone nervoso; questo sarebbe aumentato di volume, ma senza alcuna modifica nella consistenza del tessuto. Non mi è stato dato di poter ancora verificare sufficientemente la realtà de' fatti avanzati dal Signor Beau; riservo dunque il mio giudizio.

Sintomi. — La pleurisia può avere de' prodromi; il suo sviluppo però il più delle volte è brusco, ed è meno spesso marcato da un freddo iniziale di quello lo è nella pneumonia. Il dolore del lato manca più raramente che in quest'ultima: esso à sede quasi sempre nella regione mammaria; alcune volte esiste più inferiormente alla base del petto, o pure in dietro, nel dorso o ne' lombi, più raramente verso l'ascella. Esso è quasi sempre vivo, puntorio, lacerante, fisso o poco mobile, si esacerba sotto la tosse, colle ispirazioni e sotto la pressione intercostale. Quasi tutti lo fanno dipendere dalla infiammazione della pleura, mentre il Signor Beau, lo rapporta alla infiammazione concomitante del nervo intercostale (1). Checchè ne sia di questa opinione sulla quale non posso ancora pronunziarmi cou conoscenza di causa, il dolore, qualunque ne sia la ragione o la sede, è sempre accompagnato da una dispnea, da una oppressione più o meno grande. La respirazione è breve, frequente, ansiosa; esiste anche una tosse secca e penosa. Ascoltando allora il lato affetto, può succedere di trovarvi un rumore respiratorio più debole, abbenchè il versamento non si sia pur anche formato, siccome lo dimostra la percussione; in fatti questa fa osservare un suono affatto chiaro. L'indebolimento del mormorio vescicolare dipende dal perchè i malati dilatano incompletamente il petto in ragione della intensione del dolore, ed introducono a ciascuna inspirazione una quantità di aria molto meno considerabile del solito. Checchè ne sia, una esalazio-

(1) Il signor Beau osserva che se il dolore pleuritico si fa quasi sempre sentire verso la regione del seno, cioè lungi dall'alterazione de' nervi, si è in ragione delle proprietà che posseggono i nervi infiammati di far provare le loro sofferenze principali nelle loro estremità periferiche; e se in generale i malati accusano il dolore più vivo alla parte anteriore del sesto o del settimo spazio intercostale, ciò avviene che nella maggior parte la settima costa è quella che più esegue de' movimenti.

ne sero-albuminosa non tarda ad aver luogo. Quando nessun'aderenza vi si oppone, il liquido si spande nel punto più declive della cavità pleurale. Questo punto non trovasi situato, come altri han detto, presso la colonna; ma dalle ultime ricerche de' signori Damoiseau e Maillot, corrisponderebbe alla parte concava della grande curvatura delle coste, a poco presso ad una eguale distanza dalla colonna vertebrale e dallo sterno, ed in alcuni altri alla unione del settimo posteriore con i due terzi anteriori del lato: dunque, mediante la percussione, osservasi in quel punto una diminuzione di suono, e se il versamento è considerabile, si avverte un suono matto più completo di quello che la epatizzazione produce. Io ammetto, contro il Signor Skoda, che il più leggero spandimento, sia liquido, sia albumino-fibrinoso, diminuisce la sonorità. Nello stesso tempo, il mormorio vescicolare, dapprima debole e lontano dall'orecchio, può non essere avvertito; altre volte in fine, il rumore normale è rimpiazzato da un soffio tubario, analogo a quello che abbiamo notato nel secondo e nel terzo grado della pneumonia. Questo fenomeno è però meno costante che nella pneumonia, il più delle volte a luogo soltanto in un modo passeggero, ed offre comunemente un timbro meno risuonante, e pur anche meno superficiale di quello prodotto dallo induramento del tessuto polmonale. Siccome quest'ultimo, lo si sente nei due tempi della respirazione. Se il malato si fa parlare, quando l'orecchio è applicato al livello dello spandimento, si sente che la voce rimbomba differentemente, secondo la quantità del liquido stravasato nella pleura. Quindi, quando lo stravasato è mediocrementemente abbondante, la voce è acra, tremola, ondata, ed analoga al belar di una capra: da ciò il nome di *ecofonia* che Laënnec à dato a questo fenomeno. Altra volta è un rumor chiassoso, affatto simile alla voce di *pulcinella* o al suono del *zufolo*. In fine, in alcuni casi rari, è una broncofonia la quale non differisce affatto da quella che si osserva nel polmone epatizzato. Il fenomeno della ecofonia esiste raramente in tutta la estensione del versamento; il più delle volte si osserva tra la colonna e l'omoplata, all'intorno di quest'ultimo, ed in una zona di 6 a 9 centimetri di larghezza, o pure tra l'omoplata e la mammella. Sparisce quando il versamento diminuisce o è poco considerabile; in quest'ultimo caso, mentre il suono è completamente matto, la voce finisce di rimbombare, ed alcun rumore naturale o morboso non si avverte durante la respirazione; lungo la colonna però, cioè nel punto in cui il polmone è impegnato dal versamento, si può distinguere ancora un mormorio vescicolare. In fine, la mano applicata al livello dello spandimento, mentre l'ammalato parla, non scorge più il fremito vibratorio delle pareti toraciche. Questi diversi fenomeni forniti dalla percus-

sione e dall' ascoltazione possono addivenire oscuri o più manifesti, possono scomparire o cambiar di sito, quando, variando le posizioni dell' ammalato si costringe il liquido stravasato a cambiar di posto, per accumularsi ne' punti addivenuti più declivi. Questo fenomeno però non può prodursi che in un piccolo numero di casi, per le aderenze che rapidamente si organizzano, dopo due, quattro o sei ore solamente, e che, circoscrivendo il versamento, si oppongono a fargli subire il menomo spostamento. Una interessante circostanza, sulla quale il Signor Hirtz di Strasbourg à fissato più particolarmente l' attenzione, è che allo sviluppo della malattia spesso accade che il versamento è sparso a guisa di lamina sopra una larga superficie: quindi il soffio ed il suono matto esistono allora in una grande estensione; ma subito che il liquido, abbandonando le parti superiori, si accumula tutto intiero alla base del torace, il polmone compresso troppo fortemente in questo punto, ed i tubi aerei essendo appianati, non si avverte più alcun rumore morboso, mentre al di sopra e ne' punti dove poco fa esistevano il soffio ed il suono matto, si avverte il mormorio vescicolare, e sotto la percussione si scorge un suono quasi normale. Per completare l' esame fisico, diremo che nelle parti del polmone situate al di sopra del versamento, spesso il rumore respiratorio ci è sembrato indebolito, se si paragona a quello del lato opposto. Di più Skoda, di Vienna, à notato che sotto la corrispondente clavicola si verificava un indebolimento del mormorio vescicolare con un' alterazione del suono, questo fenomeno l' ò io stesso verificato molte volte.

Indipendentemente da' segni locali che precedono, la pleurisia è puranco accompagnata da un apparato febbrile più o meno intenso. Avvi sete ed inappetenza; il malato guarda il letto, egli è quasi sempre coricato sul dorso, il più delle volte inclinato sul lato affetto. Il versamento però aumentandosi vieppiù maggiormente, può finalmente occupare l' intiera cavità toracica. In questo caso l' oppressione è considerabile, il decubito è quasi sempre impossibile sul lato sano; i malati rimangono abitualmente coricati sul dorso o sul lato affetto. Questo è considerabilmente dilatato ne' suoi diametri trasverso ed antero-posteriore. Questa dilatazione può addivenire manifesta sin dal secondo giorno della malattia, è specialmente specchiata nella regione sotto-mammaria; gli spazi intercostali sono allora più larghi, e se il malato è magro può avvertirsi qualche volta al loro livello la fluttuazione, o pure durante i conati di tosse si distingue sotto il lato, e spesso coll' occhio la percussione del liquido. L' ampiezza del lato affetto à luogo in danno del lato sano e della cavità addominale. Quindi è che la pressione del liquido può esser tale da comprimere il mediastino ed anche spo-

stare il cuore, del quale spesso volte si sente battere l'apice al di sopra della mammella dritta ed anche verso l'ascella di questo lato. Più spesso il diaframma abbassasi, e si distingue allora al di sotto dell'arco costale un tumore formato dal fegato o dalla milza, secondo che il versamento à luogo nel lato destro o nel lato sinistro. Il Signor Damoiseau à stabilito che nei versamenti del lato dritto, il fegato provava una specie di movimento ondulatorio siccome la sua faccia inferiore poteva addvenir verticale, ed il suo bordo inferiore toccare il ligamento di Falloppio; egli à pur dato la opinione, molto più oppugnata da noi, che l'abbassamento del fegato era a poco presso eguale ne' versamenti del lato dritto ed in quelli del sinistro.

Bisogna por mente che, trattando di anatomia patologica della pleura, abbiamo stabilito che il polmone era l'organo il quale andava più soggetto alla compressione per gli effetti del liquido stravasato. Quindi lo abbiám veduto ridotto ad un piccolo volume e ristretto ordinariamente nel fondo della colonna vertebrale: in questo caso presenta un suono matto fin sotto la clavicola, e non si avverte in alcun punto il rumore vescicolare, se non che alla parte posteriore verso la base del polmone, dove il mormorio respiratorio è debole, e dove la percussione dà un poco di suono nella estensione di alcuni centimetri. In certi versamenti considerabili possono anche osservarsi questi stessi fenomeni al di sotto della clavicola, ed in uno spazio più o meno circoscritto, lo che fa ammettere la esistenza di antiche aderenze, le quali fissando la sommità del polmone alla pleura costale, lo ànno impedito di cedere alla compressione. Altre volte in fine, siccome lo à veduto il Signor Andral, il polmone direttamente impegnato alla parte posteriore e lateralmente, resta attaccato sulle coste, sotto forma di una lamina sottile. Quando questa disposizione esiste, il rumore respiratorio, negativo alla parte anteriore, è debolmente avvertito nella parte posteriore. In fine si è veduto il lobo inferiore restar fisso al suo sito per effetto di antiche aderenze, mentre il liquido si era spinto in alto; in questa posizione il lobo superiore essendo più compresso, la respirazione non si avverte a questo livello mentre esiste nella parte inferiore. Questa disposizione è molto rara, poichè potrebbe rendere la diagnosi oscurissima. In quei versamenti che occupano l'intero lato del torace, uno de' polmoni cessando di agire e di servire alla ematosi, si vede il suo muscolo congenere il quale sembra allora raddoppiare la sua attività: quindi ascoltando il lato sano, si trova spesso, ma non sempre, che il mormorio vescicolare è molto più forte del solito. Laënnec à dato a questo fenomeno il nome di *respirazione puerile o di respirazione supplementaria*.

Corso, durata, esiti. — Quando il versamento diminuisce di quantità per effetto dell'assorbimento, i sintomi generali si ammansiscono, la febbre cede, il mormorio vescicolare è più forte verso la colonna, là dove non era stato mai osservato; poi si avverte sotto la clavicola ed alla parte anteriore; dopo alcuni giorni sotto l'omoplata: finalmente ricompare a poco a poco e successivamente dall'alto in basso. Il ritorno del suono siegue esattamente lo stesso progresso. I segni però di versamento, in generale persistono più in dietro ed in basso, specialmente nel punto più declive della cavità della pleura, dove il liquido aveva incominciato ad accumularsi sin dallo sviluppo della malattia. In fatti, in quel punto osservasi spesso un suono matto ed un indebolimento o anche la mancanza del mormorio vescicolare durante molti mesi ed anche molti anni dopo la guarigione. Lo stesso osservasi in quelli individui, i quali conservano pel rimanente della loro vita, questa ineguaglianza nel suono e l'intensità del rumore respiratorio tra i due lati del torace; ciò spiegasi per lo accumolo delle false membrane, pel loro cambiamento lento in tessuto cellulare, e per la diminuzione dell'azione propria del polmone in seguito della lunga pressione sofferta. Alcune volte la diminuzione del versamento pleuritico è distinto dal ritorno della ecofonia (*Aegophonia redux*), fenomeno il quale, osservato ne' primi giorni della malattia, era scomparso quando il versamento, si era fatto considerabile. L'ecofonia però di ritorno, si osserva soltanto ne' casi in cui, la malattia avendo seguito un corso acuto, il polmone non à subito una pressione nè troppo lunga nè troppo forte: quindi questo fenomeno manca costantemente nello assorbimento de' versamenti i quali àno luogo lentamente. I versamenti pleuritici potendo accrescere o diminuire, senza però che l'ascoltazione o la percussione potessero far conoscere alcun cambiamento nel livello superiore del liquido, il Signor Damoiseau à proposto che si tenesse conto dello spostamento del fegato. In fatti notando giorno per giorno l'altezza di quest'organo, può aversi una scala graduata la quale rappresenta il grado di pienezza della cavità della pleura: ciò però è soltanto applicabile, secondo me, ad alcuni versamenti pleuritici del lato destro.

La parte liquida, però del versamento, essendo stata più o meno completamente assorbita, permette tosto l'avvicinamento delle due lamine opposte della pleura. Queste si stropicciano l'una sull'altra senza produrre alcun rumore, quando le superficie sono levigate; non però così avviene quando esistono delle false membrane, specialmente se queste sono dure ed ineguali; in questi casi, l'ascoltazione fa sentire, ed in particolare durante la inspirazione, e spesso ne' due tempi della respirazione, un rumore particolare, ineguale, più o meno aspro ed ou-

dato, alcune volte percettibile sotto il tatto, circoscritto o esteso sopra una grande superficie, e che presenta all' orecchio la sensazione d' uno stropicciamento di due corpi duri passando l' un sopra l' altro. A questo fenomeno si è dato il nome di *rumore di strofinio pleuritico*, ed è il *rumore ascendente e discendente* di Laënnec. Esiste quasi sempre alla parte media inferiore o laterale del petto e quasi mai alla sommità. Nel punto in cui lo si osserva, il mormorio vescicolare è diminuito, e spesso anche il suono è debole; alcuni malati accusano in questo punto un dolore fisso. In fine dopo aver durato uno o più giorni, raramente una o molte settimane di seguito, il rumore di strofinio sparisce, forse per effetto dello assorbimento di qualche cambiamento organico sopravvenuto nelle false membrane. Questo rumore di strofinio esiste alcune volte primitivamente, e costituisce quasi il solo segno fisico della pleurisia; ciò osservasi in questa varietà della infiammazione della pleura che abbiamo chiamato *secca* per la mancanza di qualunque spandimento liquido. In fine, in alcuni casi rari, nel momento in cui lo spandimento si assorbe, si può sentire, durante certe ispirazioni, un rumore di vuotamento, una specie di rantolo più fino dello scoppietto della pneumonia, che dà una sensazione simile a quella che si otterrebbe premendo una spugna finissima leggermente impregnata di acqua. Questo rumore si spiega per effetto dello stiramento delle false membrane, o per la entrata dell' aria nelle vescichette secche il cui calibro è stato diminuito per effetto della compressione.

Il liquido pleuritico, invece di essere assorbito, qualche volta è evacuato per mezzo de' bronchi, o pure sfugge a traverso delle pareti toraciche. Quest' esito si osserva più facilmente nelle pleurisie croniche ed in certe pleurisie circoscritte, delle quali ne parleremo in appresso, facendo conoscere nello stesso tempo i cambiamenti che gli spandimenti pleuritici portano seco nella configurazione toracica, cambiamenti i quali si osservano meno comunemente dietro le pleurisie acute.

La pleurisia è una durata variabile; questa può essere soltanto di cinque giorni in sei, se avvi soltanto un debole trasudamento; ma per poco che il versamento sia abbondante, la malattia si prolunga per lo meno per due settenari e spesso tre o quattro; finalmente quando il versamento occupa tutto il torace, vi bisognano più mesi perchè il petto riprendi a poco presso il suo stato fisiologico.

La pleurisia acuta non termina quasi mai colla morte quando è semplice, quando assale individui validi e quando non è complicata con altra malattia: in fatti non abbiamo osservato questo esito se non che in due casi. Bisogna eccettuare la pleurisia doppia; poichè si comprende che se questa è molto este-

sa, dovrà essere accompagnata da grande ansietà, da una reazione febbrile intensa o da un incomodo estremo nella ematosi; quindi alcuni ammalati muoiono soffogati. È però cosa rara un versamento considerabile nella pleurisia doppia perchè potesse produrre degli accidenti così pericolosi; in fatti nella maggior parte de' casi, la pleurisia molto estesa di un lato, è circoscritta nell' altro; spesso il versamento è poco nell' uno e nell' altro lato. Quando la pleurisia à un esito funesto, la morte à luogo il più delle volte in mezzo agli accessi di oppressione e di ortopnea; alcune volte succede bruscamente ed in modo improvviso, probabilmente per sincope. Il Signor Chomel à osservato cinque casi di questo genere. Sembra che questo accidente sia specialmente a temersi ne' versamenti del lato sinistro, i quali sono talmente copiosi da far cambiare di luogo il cuore.

Varietà. — Le varietà della pleurisia sono determinate dalla sede della malattia, dalle cause produttrici, e dalla natura de' sintomi locali e generali che l' accompagnano.

1.^o *Varietà per la sede.* — Abbiamo veduto che la pleurisia poteva esser doppia; i suoi sintomi locali non differiscono allora da quelli che si osservano in un solo lato. Però è cosa rara che un dolore simultaneo esista ne' due lati; forse è cosa più frequente vedere allora mancare questo sintomo completamente, ed essere sostituito invece da un senso di estrema oppressione e da stringimento sternale o epigastrico. Checchè ne sia, è cosa tanto rara che la pleurisia si manifesti doppia ad un tratto per quanto è facile vedere la pneumonia invadere simultaneamente i due polmoni; in fatti la malattia comincia quasi sempre in uno dei due lati, e si estende all' altro soltanto consecutivamente e generalmente dopo alcuni giorni.

Le pleurisie parziali sono una delle forme più rimarcabili della malattia; la pleurisia addiuviene parziale ora in seguito delle aderenze formate lungo tempo prima, le quali circoscrivono una porzione della pleura intatta; altre volte avviene perchè il versamento sero-albuminoso si produce soltanto dopo che le aderenze si sono formate a' limiti della flemmasia e l'anno così circoscritta. Vi sono molte pleurisie parziali circoscritte in un piccolo spazio, le quali non producono altri accidenti meno che un dolore vivò in un punto del torace, un poco di dispnea e qualche volta o poca o affatto febbre; tale sarebbe, per esempio, l' origine della maggior parte delle punture dolorose che frequentemente si osservano nel corso della etisia polmonale: in questo caso, non avvi quasi mai versamento liquido. Tra le pleurisie parziali, si distinguono specialmente le pleurisie diaframmatiche, mediastine ed interlobulari.

La pleurisia diaframmatica è la *parafrenesia* degli antichi medici, parola sotto la quale erano d' altronde confuse molte af-

fezioni differentissime. Questa specie di pleurisia, sulla quale il Signor Andral à pubblicato le più complete osservazioni, si fa distinguere mediante un dolore vivo lungo il bordo cartilagine delle coste spurie, il quale si propaga verso gl' ipocondri, e si esacerba sotto la pressione, sotto la tosse ed i movimenti. Nello stesso tempo il diaframma rimane immobile, e la espansione del torace à luogo soltanto per lo inalzamento dello coste. Il sintomo predominante però consiste in una ortopnea tale, che gli ammalati sono costretti di rimanere assisi sul letto col tronco perfettamente inclinato in avanti; però questo sintomo non è costante. Si citano ancora il singhiozzo, il vomito e l' itterizia siccome quelli che accompagnano frequentemente la pleurisia diaframmatica. Questi accidenti sembrano però molto rari. In quanto al riso sardonico notato da Boerhaave e da Van-Swieten, non si osserva quasi mai. La pleurisia diaframmatica termina per lo più funestamente, a causa de' disturbi gravi che l' accompagnano.

La pleurisia *mediastina*, cioè quella circoscritta alle pieghe della pleura che forma i mediastini, ed alla parte contigua della pleura polmonale, è rara, ed impossibile a diagnosticarsi; avviene lo stesso della pleurisia *interlobulare*. L' una e l' altra può essere sospettata quando un dolor vivo à sede profonda nel petto, accompagnato da oppressione e da febbre intensa senza che l' ascoltazione e la percussione facciano intravedere una lesione del polmone o un versamento nella pleura e nel pericardio. Queste due forme di pleurisie circoscritte, sono quelle nelle quali si osserva il più delle volte un liquido stravasato farsi strada a traverso il parenchima polmonale, ed essere espulso da' bronchi. La maggior parte delle osservazioni registrate negli autori sotto i titoli di vomiche o di ascessi de' polmoni evacuati al di fuori, altro non sono se non che pleurisie circoscritte, e specialmente pleurisie interlobulari.

2. *Varietà per la natura delle cause.* — Parleremo soltanto di una varietà, cioè di quella prodotta dalla introduzione istantanea nella pleura di un liquido irritante, siccome quella di un ascesso, di una cisti, d' un focolare cangrenoso de' polmoni, ed anche più spesso di un tubercolo rammolito. In questi casi, la pleurisia si manifesta con dolore vivo, intollerabile, con oppressione ed estrema ansietà. Siccome nella maggior parte de' casi esiste una comunicazione tra la cavità de' bronchi e quella della pleura, l' aria esterna introdotta in quest' ultima cavità, ne risultano allora diversi segni i quali si rilevano mediante l' ascoltazione e la percussione; li faremo conoscere quando tratteremo dell' *idro-pneumo-torace*. Questa specie di pleurisia à un rapido andamento e termina quasi sempre funestamente.

3.° *Varietà per la natura de' sintomi locali e generali.*— La pleurisia non si presenta sempre coll'insieme de' sintomi che abbiamo precedentemente indicati. Quindi il dolore, lungi dall'esser vivo, lacerante, è spesso ottuso; alcune volte manca completamente; la febbre manca pur anche, e la malattia è annunciata soltanto dalla dispnea e da un acceleramento ne' movimenti respiratori; qualche volta mancano anche questi due ultimi sintomi: gli antichi dicevano allora che la pleurisia era *latente*. Oggi però questo nome non conviene alle pleurisie le quali, in ragion della sede, non si distinguono mediante alcuno de' segni fisici prestatici dalla percussione e dall'ascoltazione; tali sarebbero le pleurisie *mediastina, diaframmatica ed interlobulare*. Relativamente a' sintomi generali, si potrebbero ammettere per la pleurisia, le stesse varietà che abbiamo riconosciute per la pneumonia; quindi non anderemo di vantaggio per le lunghe, atteso che sotto il rapporto della diagnosi esse non presentano alcuna differenza colle pleurisie semplici.

Complicanze. — La pleurisia può coincidere colla maggior parte delle altre malattie acute e croniche; torpa inutil cosa enumerarle; dobbiamo però intrattenerci alquanto su i casi frequentissimi in cui la pleurisia si complica colla pneumonia.

Quando la pneumonia coesiste con un versamento pleuritico molto considerabile, dicesi allora esservi *pleuro-pneumonia*. In questi casi, le due alterazioni possono esistere ne' punti diametralmente opposti, ed allora ciascuna di esse si mostra nella sua estensione rispettiva con i sintomi che le sono propri. Il più delle volte però la pneumonia ed il versamento esistendo simultaneamente nello stesso punto, cioè alla base, si osservano allora ora i sintomi di una delle affezioni predominare, altre volte si confondono o sono più o meno modificati gli uni dagli altri. Quindi, quando il versamento è molto abbondante, maschera più o meno completamente i diversi rumori morbosi i quali caratterizzano l'ingorgo e la epatizzazione. Se poi il versamento è meno considerabile, si avverte uno scoppietto profondo, ma la percussione dà ne' punti corrispondenti un suono più completamente matto che negl'ingorghi infiammatori semplici. In que' casi però dove l'abbondanza del versamento oscuro impedisce che il rantolo crepitante si produca, basta far cambiar di luogo al liquido facendo prendere all'ammalato una convenevole posizione per vedere il rumore morboso ed esser tosto osservato in modo distinto. In fine, in questi casi, il rimbombo della voce è negativo, o quando esiste, sembra essere contemporaneamente un misto di ecofonia e di broncofonia, quindi è che lo hanno distinto sotto il nome di *branco.ecofonia*. Ho dimostrato in altro luogo che il versamento della pleura nella pneumonia non sembrava affatto modificare nè circoscrivere la infiam-

mazione polmonale; non abbrevia nè anche il periodo acuto della malattia, come altri han creduto per lungo tempo (Vedi il mio *Trattato della pneumonia*). Per la complicità della pleurisia con tubercoli, (Vedi *Etiologia polmonale*).

Diagnosi. — La pleurisia potrebbe confondersi soltanto colla pneumonia, colla quale à come sintomi comuni il dolore del lato, la dispnea, l'oppressione, la tosse, l'acceleramento della respirazione, il suono matto, il soffio, la broncofonia e la febbre. Indipendentemente però dagli sputi rubiginosi e dallo scoppiettio sottile e secco, i quali appartengono soltanto alla pneumonia, si potrà, mancando anche questi due sintomi, distinguere queste due affezioni l'una dall'altra considerando che nella pleurisia, la febbre, la prostrazione delle forze, l'alterazione della fisionomia, non sono sempre in rapporto, come nella pneumonia, colla estensione del suono matto. Quindi è che si osservano de' versamenti i quali occupano la metà, i due terzi o la totalità di un lato del petto, e che intanto eccitano semplicemente una febbre mediocre, mentre un' alterazione così estesa del polmone si accompagnerebbe agli accidenti i più gravi. Nei due o tre primi giorni di una pleurisia però, i sintomi possono essere tanto gravi da far supporre qualche volta la esistenza di una pneumonia. Però osservandosi in questo caso un suono matto completo con soffio e broncofonia, o con completa mancanza di qualunque rumore naturale o morboso, bisognerebbe distinguere una pleurisia, [se non come malattia unica, almeno come malattia predominante, poichè, nella ipotesi di una pneumonia, bisognerebbe supporre che nello spazio di alcuni giorni, avendo la flemmasia occupato simultaneamente una grande superficie, è arrivata allo stesso grado, poichè non esiste in alcuna parte nessun scoppiettio. Ora senza che questo caso possa essere assolutamente impossibile, è però eccessivamente raro. Aggiungiamo pure che i segni fisici i quali sono comuni alla pleurisia ed alla pneumonia, presentano certe variazioni secondo che si osservano nell'una o nell'altra malattia. Quindi nella pleurisia il suono matto è più completo e la elasticità è più completamente abolita che nella epatizzazione; il soffio, nella prima è pur anche meno chiaro; ordinariamente è velato, soffogato; finalmente abbiám veduto che questi diversi fenomeni potevano qualche volta diminuire, scomparire o cambiar di sito, spostando il versamento mediante le posizioni variate che si faranno eseguire agli ammalati. La pleurisia manca di qualunque segno patognomonico. A torto ànno indicato come tale l'ecofofia, poichè ò dimostrato (nel mio *Trattato*) che questo segno si osservava alcune volte negli induramenti polmonali semplici. Convien pur anche sapere, esservi alcuni individui, specialmente le donne vecchie, nelle quali la voce naturalmente tremante

ed aspra, produce, quando si ascolta il petto, il fenomeno della ecofonia. Perchè questo segno abbia qualche valore, bisognerà che coincida col suono matto, che sia manifesto e suscettibile a modificarsi ed a cambiar di sito per le posizioni imposte al corpo. Abbiamo veduto che la respirazione bronchiale e la broncofonia potevano pur anche essere l'effetto di un versamento come quello di una epatizzazione. Siccome questo segno è quasi costante nella pneumonia e manca in moltissime pleurisie, bisognerà, ogni qual volta esiste, raddoppiare l'attenzione, e ricercare con maggior cura se il tessuto polmonale istesso fosse indurato.

I versamenti pleuritici diffusi o circoscritti i quali si sono vuotati alla parte esterna a traverso il parenchima polmonale, sono spesso confusi cogli ascessi formati nel polmone. Per stabilire allora la diagnosi differenziale, bisogna paragonare l'andamento delle due affezioni, e vedere specialmente la differenza che passa tra i sintomi i quali sono comuni all'una ed all'altra malattia. Quindi la quantità di pus evacuato non è la stessa ne' due casi; poichè negli ascessi, raramente arriva sino a 300 gramme, mentre nella pleurisia è due o tre volte più abbondante. Ne' primi, il pus è comunemente denso, flemmonoso, omogeneo, mentre è sieroso, fioccoso nella seconda, ed esala, il più delle volte, un odor fetido agliaceo. Torna inutil cosa il dire non esistere alcun segno per riconoscere la natura del liquido stravasato nella pleura. Tutto quel che Laënnec ne à detto, siccome capace di caratterizzare la pleurisia emorragica, non è stato confermato dalla osservazione.

Pronostico. — La pleurisia semplice, dice il Signor Louis, avendo luogo in un individuo ben portante, termina quasi sempre colla guarigione. Bisogna però eccettuarne la pleurisia doppia, quando è molto estesa, e la pleurisia diaframmatica, la quale può aver spesso un esito funesto.

Etiologia. — Quantunque la pleurisia sia frequente in tutte l'età, però è più comune nella gioventù e nel periodo medio della vita. Sembra essere più frequente nell'uomo che nella donna, più alla parte diritta che alla sinistra, però in una proporzione minore della pneumonia. L'influenza delle costituzioni rimane ancora sconosciuta. Siccome la maggior parte delle malattie acute, la pleurisia si sviluppa ordinariamente senza il concorso di alcuna causa determinante manifesta. Qualche volta è venuta in seguito di una contusione, il più delle volte è consecutiva alla impressione del freddo. In fine, la infiammazione della pleura si manifesta spesso siccome malattia secondaria nel corso delle diverse affezioni: così si complica, specialmente tra le malattie acute, colla pneumonia, la peritonite puerperale, gli assorbimenti purulenti, il reumatismo articolare feb-

brile o colla pleurodinia. Tra le malattie croniche, la si osserva specialmente nella etica polmonale, nell'albuminuria e le affezioni organiche del cuore.

Cura. — La cura antiflogistica, la cui energia sarà proporzionata alla estensione della malattia ed alla intensione della febbre, è la sola che convenga allo sviluppo dell'affezione. Numerosi fatti hanno però dimostrato la poca utilità della cura contro-stimolante (*emetico a dose generosa*). I salassi generali sono vantaggiosi combinati a' salassi locali, sanguisughe e coppe a vento. Nello stesso tempo i malati guarderanno un riposo assoluto; saranno sottoposti ad una dieta severa ed all'uso delle bevande diluenti. Ne' ragazzi si potranno impiegare con vantaggio i larghi cataplasmi emollienti sul petto, perchè in generale moderano il dolore e l'oppressione; finalmente si manterrà il ventre lubrico mediante i clisteri ed i dolci lassativi. Nello stato acuto esistono alcuni sintomi i quali richieggono un metodo speciale: quindi un dolore troppo vivo del lato ed una tosse ostinata indicano l'uso degli oppiati. Quando la febbre è diminuita, e che nonostante questa miglioria, il versamento sieroso rimane stazionario, si procurerà l'assorbimento eccitando per quanto è possibile le segregazioni naturali; a questo scopo convengono i diuretici come la digitale, da 25 milligramme a 30 centigramme; il nitro, alla dose di 1 a 20 gramme; l'acetato di potassa ad una dose di 20 a 60 gramme; i purganti salini ed idragoghi, i sudoriferi, o tra questi i bagni a vapore, perchè più energici. Allora si applicano quasi sempre sul torace, siccome la sede del versamento, uno o molti vescicanti volanti o fissi, mezzo benchè efficace, non però infallibile. Finalmente, quando i vescicanti sono infruttuosi e la malattia si prolunga, si ricorrerà ad un metodo di cura che esporremo quando parleremo della pleurisia cronica. Spesso avviene che il versamento, per la sua abbondanza, per l'ostacolo che oppone alle funzioni della circolazione e della ematosi, minaccia un esito funesto: non bisogna allora trascurare la toracentesi con quelle precauzioni che indicheremo più appresso. Molti fatti recentemente riportati dal Signor Trousson (*journal de Médecine* del 1844) sono favorevoli a questa pratica: quindi ci affrettiamo a volerla consigliare in simili circostanze.

DELLA PLEURISIA CRONICA

La pleurisia cronica è frequente tanto come malattia primitiva, più spesso come consecutiva della forma acuta: così come quest'ultima può invadere tutta la pleura, o limitarsi ad un punto più o meno circoscritto.

Caratteri Anatomici. — Nella pleurisia cronica, si osserva, come nella forma acuta, l'iniettamento della pleura, ricoperta da false membrane, ed un liquido sparso nella cavità sierosa. Però l'iniettamento è poco intenso in questo caso; qualche volta sembra aver penetrato il tessuto della pleura: questa membrana ci è sembrata alcune volte manifestamente spessita. Le concrezioni pseudo-membranose che la tappezzano sono più spesse, più friabili, e spesso si riducono tra le dita in una materia polposa, opaca o purulenta. Il liquido stravasato è raramente citrino, limpido; il più delle volte è opaco, lattiginoso o perfettamente purulento. Manda un odor fetido, agliaceo, e qualche volta fetido, specialmente se esiste una fistola polmonale: in questo caso, si osserva in oltre nella pleura una certa quantità di gas. In generale il liquido esiste in una quantità considerabile; il lato del torace si trova il più delle volte dilatato, il mediastino, il cuore ed il diaframma impegnati o deviati, finalmente il polmone talmente atrofiato che spesso presenta una spessezza di 9 a 14 millimetri: esso è ricoverto da false membrane spessissime, e ciò spiega l'errore di alcuni antichi autori, i quali hanno supposto che in questi casi il polmone era stato distrutto dalla suppurazione. L'organo non occupa sempre lo stesso luogo; ora, siccome lo nota il Signor Oulmont, è respinto in alto ed in dentro verso il mediastino, ora è respinto in avanti ed in alto; o pure è compresso verso la colonna vertebrale o respinto in dietro. Questo polmone così appassito e compresso è incapace di riprendere la sua ampiezza primitiva, e malgrado qualunque sforzo, non si arriva affatto, neppure mediante la insufflazione, se non che a raddoppiare il suo volume anche dopo averlo sbarazzato dalle false membrane che lo tappezzano e lo imbrigliano.

La pleurisia cronica coesiste frequentissimamente co' tubercoli polmonali: questi prodotti si ritrovano negli otto decimi di coloro che muoiono; non solamente se ne trovano ne' polmoni, ma frequentemente nelle false membrane della pleura. In generale sono più numerosi e più sviluppati nel polmone del lato affetto.

Sintomi. — La pleurisia cronica presenta a poco presso gli stessi segni fisici della pleurisia acuta; l'ecofonia però è un fenomeno raro; esiste intanto all'epoca in cui il versamento è ancora poco abbondante; tosto però che il liquido si è aumentato considerabilmente, si osserva un suono completo, con mancanza sotto l'ascoltazione di qualunque rumore naturale o morboso, sia durante la inspirazione o la espirazione, sia anche quando l'ammalato tosse o parla. Il Signor Oulmont contesta quest'ultimo fatto; afferma che il suono della voce non scompare mai completamente, comunque abbondante possa essere

d'altronde il versamento. Se il malato parla, ci dice, la voce si ascolta in tutti i punti, sembra arrivare dalle profondità del petto, conservando un timbro chiaro, netto, un poco tremulo, ma raramente articolato: avvicinandosi alla linea del livello del liquido, questo rimbombo si trasforma in ecofonia. Questo fenomeno non l'ò potuto ancora verificare. Nelle pleurisie croniche si osserva specialmente un'ampiezza più o meno grande alla parte corrispondente del petto. Questo sembra immobile durante i movimenti respiratori, mentre la parte sana si dilata come al solito. Nello stesso tempo i malati provano una tosse più o meno frequente; sono oppressi, anelanti specialmente quando si muovono; rimangono abitualmente coricati sul dorso o sul lato affetto; qualunque altra posizione è impossibile, o può esser scabata soltanto momentaneamente: in fatti è cosa rara, che il decubito sia indifferente, ed è molto più raro che abbia luogo sul lato sano, siccome Morgagni ne à riportato un esempio che egli à trovato in Valsava. I sintomi generali e simpatici differiscono secondo il periodo della malattia, la sua origine, la causa produttrice o sostenitrice. Così quando la pleurisia è cronica di origine, cioè primitivamente, non si manifesta ordinariamente con alcun dolore locale; la febbre manca pure completamente, i malati accusano soltanto una tosse secca; sono oppressi, incomodati quando respirano; provano uno stato di mal'essere; perdono l'appetito e le forze, si demagranò e si fanno pallidi. Quando poi la pleurisia è cronica in conseguenza dello stato acuto, si veggono il dolore e la febbre diminuire e anche cessare completamente; mentre i segni fisici dimostrano che il versamento rimane stazionario, ed aumenta. Qualunque possa essere il modo della invasione, se la pleurisia si liga alla esistenza de' tubercoli polmonali, il demagramento progredisce rapidamente, e la febbre etica tosto si manifesta; vi sono sudori notturni e scioglimento ventrale. La maggior parte degli accidenti possono osservarsi in alcuni individui non affetti da tubercoli, ma soltanto ne' casi dove il versamento è affatto purulento.

Durata, esiti. — La pleurisia cronica à una durata lunga ed indeterminata; ordinariamente dura due, tre o quattro mesi, non è raro vederla prolungare per sei mesi, può anche durare uno o due anni, e termina colla guarigione o colla morte.

Se la malattia à un esito funesto, i malati s'indeboliscono a poco a poco; l'edema dapprima circoscritto alle pareti del petto, occupa in seguito tutto il corpo; finalmente gli ammalati muoiono con tutti i sintomi della febbre etica. Se in vece la pleurisia à un esito felice i sintomi generali e locali diminuiscono, anche prima che l'ascoltazione e la percussione facessero riconoscere un cambiamento favorevole nello stato del petto. Subito il suono matto diminuisce; l'espansione polmonare si os-

serva dall'alto in basso senza essere mai preceduta dalla *ecofoia di ritorno*. Però il polmone, il quale è stato per lungo tempo compresso dal versamento, quando questo è assorbito non può più riprendere il suo volume primitivo. Esisterebbe dunque uno spazio vuoto nel petto, se non fosse stato riempito per effetto di cambiamenti sopravvenuti nelle pareti toraciche, cambiamenti che Laënnec à descritto con la sua precisione ordinaria. In fatti questo grande osservatore à dimostrato che il polmone non potendo sufficientemente dilatarsi, le coste si avvicinano allo stesso, e riempiono così il vuoto lasciato dal liquido assorbito. Allora questi spazi intercostali diminuiscono, le coste rientrano al di dentro e si arrotondiscono: da ciò risulta il restringimento più o meno considerabile, e facile ad essere osservato. In fatti la sola osservazione fa riconoscere in questo caso una ineguaglianza ne' due lati del torace, e la loro misura comparativa prova la esistenza della differenza che passa tra essi di 3. centimetri nel diametro trasverso. Il lato ristretto è anche più corto; la spalla è più bassa, la mammella depressa è situata più in basso di quella del lato opposto; i muscoli, e specialmente il gran pettorale sembrano atrofiati, la colonna spinale soventi volte si piega e forma una incurvatura la cui pariete concava è volta verso il lato affetto: così questi individui sembrano piegati sul lato ammalato, che imprime al loro portamento qualche cosa di analogo alla claudicazione. Nella maggior parte di questi esseri, il lato ristretto offre per il resto della vita un suono più o meno oscuro; il rumore respiratorio vi è debole o spento. Quando il restringimento è arrivato a questo grado, raramente i malati riprendono il loro stato primitivo di salute: in fatti rimangono più o meno deboli; perdono facilmente il fiato, e non avendo quasi che un sol polmone, ne avviene che le malattie del petto sono più incommode e più gravi. Il restringimento del petto però raramente arriva a questo grado; il più delle volte è soltanto parziale e circoscritto al quarto o al quinto inferiore; in questo luogo la percussione è ordinariamente meno sonora, ed il rumore respiratorio vi si osserva più debole che in qualunque altra parte. D'altronde qualunque possa essere la sua estensione, questa lesione persiste, ed è quasi sempre indelebile; pur tuttavia il Signor Chomel à riportato una osservazione curiosa, e forse unica nella scienza, la quale prova che il petto, considerabilmente ristretto in seguito di una pleurisia cronica, poteva dopo alcuni anni riprendere le sue primitive dimensioni, e che ne' casi in cui un lato si restringesse per effetto della compressione e dell'atrofia del polmone ivi contenuto, l'altra parte poteva ampliarsi in modo da supplire alla impotenza del suo congenere, conformemente alle leggi conosciute dalla fisiologia patologica. Esaminando qua-

la sia lo stato del polmone in questi restringimenti del petto, si trova che l'organo è aderente alle coste mediante un tessuto fibro-cartilaginoso molto resistente, il suo tessuto è floscio, rossastro, simile alla carne muscolare. Questa organizzazione nella quale lo stato cellulare del polmone è meno pronunziato, spiega, più di quello potrebbero farlo le false membrane che raddoppiano la pleura, la debolezza del rumore respiratorio.

Molto si è discusso per conoscere il meccanismo secondo il quale il petto si restringeva in conseguenza de' versamenti pleuritici. Delpech ammetteva che le false membrane, in seguito di una trasformazione fibrosa, acquisterebbero la facoltà di contrazione, della quale il tessuto è dotato, e tenderebbero così a ricondurre le pareti del petto sul polmone; questa teoria però, perfettamente ricusata dal Signor Oulmont nella sua tesi, non può essere in fatti accettata. Noi siamo di avviso che la depressione toracica di cui è parola è dovuta alla perdita di elasticità del polmone, il quale finisce di mantenere il petto dilatato, mentre la pressione atmosferica da un'altra parte favorisce ancora il restringimento delle pareti.

Il liquido stravasato in vece di essere assorbito, può farsi strada all'esterno. Quindi abbiain veduto che il versamento poteva essere espulso da' bronchi in seguito di un perforamento del parenchima polmonare, sia che avesse luogo una consunzione, o una ulcerazione da fuori in dentro, sia che questo perforamento si operasse da dentro in fuori, dopo il rammollimento di un tubercolo, o la formazione dell'ascesso d'un nocciuolo di pneumonia. Più raramente il liquido si fa strada a traverso le pareti toraciche, in seguito di un ascesso formato nella loro spessezza. Questo offre di rimarcabile che al momento in cui si apre al di fuori, lascia uscire una quantità di pus sproporzionata al suo volume. Quando il versamento à preso questa direzione, lo scolo del liquido vien provocato dalla inspirazione o sotto i conati di tosse, e qualche volta neppure à luogo. Questi due modi di evacuazione osservati spesso simultaneamente nello stesso individuo sono stati quasi sempre seguiti da un esito funesto, quando la pleurisia era generale, mentre la guarigione à luogo comunemente nel caso in cui il versamento è parziale. Può anche vedersi in questo caso il restringimento del torace nello stesso modo come quando la guarigione si effettua per assorbimento.

Chiaro apparisce che quando la pleurisia termina per mezzo di aderenze generali tra i due strati della pleura, che vi sia o pur no restringimento del torace, qualunque recidiva torna impossibile, poichè, giustamente parlando, non esiste più cavità nella pleura.

Diagnosi. — La pleurisia cronica è facile a riconoscersi : quando però è parziale , potrebbe esser confusa con una pneumonia cronica o collo svolgimento di un tumore solido nel petto ; poichè in tutti questi casi , esiste un suono matto con mancanza completa di qualunque rumore naturale o morboso. Manca qualunque mezzo perchè l'errore si potesse evitare , purchè però la mancanza delle aderenze (cosa poco probabile) non permettesse , variando le posizioni degli ammalati , di spostare il versamento. La pneumonia cronica però , e specialmente i tumori solidi delle pleure sono affezioni talmente rare che , quando si osservano i sintomi precedentemente indicati , non bisogna esitare a dare una diagnosi quasi sicura di un versamento pleuritico. Aggiungiamo che la pneumonia cronica , circoscritta ad un sol lobo , può determinare la consunzione e la morte , mentre una pleurisia cronica , circoscritta alla metà inferiore , non produce mai un simile effetto , quando non vi è complicità tubercolosa.

Pronostico. — La gravezza del pronostico è proporzionata all'abbondanza del versamento , all'antichità della malattia , alla resistenza che questa oppone a' rimedi impiegati. Il demagramento e la febbre etica sono sintomi d' un tristo presagio. Il pronostico della pleurisia cronica è sempre grave , specialmente in ragione della sua coincidenza frequente con i tubercoli. La presenza di questi è quasi certa se la pleurisia è doppia. Se la pneumonia acuta attiva raramente il prodotto e l'andamento dei tubercoli , non succede però così della pleurisia ; poichè siccome l'ò spesso volte verificato , questa , quantunque si guarisca in mezzo a condizioni pericolose , non impedisce affatto , a misura che il liquido si assorbe ed il torace si restringe , che la elicia progredisca incessantemente e qualche volta rapidamente.

Etiologia. — Nulla si conosce di preciso sulle cause pre-disponenti ed efficienti della pleurisia cronica primitiva. La pleurisia acuta passa allo stato cronico specialmente quando la cura è stata insufficiente o irrazionale , quando gl'individui sono deboli , cacochimici , e specialmente tubercolosi.

Cura. — Nella pleurisia cronica , i salassi sono raramente utili , eccettuato il caso in cui l'individuo è robusto. I salassi locali , specialmente fatti colle coppe a vento , sono generalmente preferibili. Il mezzo più efficace consiste ad applicare gli esutori sul petto più o meno numerosi. I vescicanti non possedendo tanta energia , bisogna preferir il cauterio , la moxa o il setone. La loro azione sarà coadiuvata con alcuni diuretici o co' blandi purgativi , se lo stato del tubo digestivo permette di operare su di esso un centro di deviazione. Si sosterranno le forze mediante un convenevole alimento , ed i malati saranno collocati in condizioni igieniche più favorevoli. Però , quando l'as-

sorbimento in vece di aver luogo, il versamento al contrario si aumenta, quando la febbre etica minaccia a poco a poco la costituzione dell' ammalato, quando specialmente avvi oppressione abituale, anno proposto di praticare un esito artificiale al liquido a traverso le pareti toraciche, il quale costituisce l' *operazione dell' empiema*. Questa oggi si considera come un mezzo palliativo soltanto. In fatti si comprende che il polmone, ridotto in un piccolo volume, imbrigliato in tutti i punti da false membrane, avendo perduto tutta la sua elasticità e la sua forza espansiva, non può permettere il passaggio dell' aria. D'altronde ciò è stato da noi precedentemente stabilito dietro le esperienze praticate su' cadaveri. Questa circostanza, come pure la ostinazione dell' alterazione della pleura, spiega abbastanza perchè l' operazione dell' empiema riesca quasi sempre inutile. Questi successi negativi però così frequenti e così ordinari non dipenderebbero forse, almeno in Francia, dal perchè non si procura l' uscita del liquido, se non quando la malattia à toccato il suo ultimo peridio? Per noi è certo che se si operasse più sollecitamente, se ciò si praticasse prima che la febbre etica avesse già minacciato la costituzione, prima che il polmone avesse perduto tutta la sua forza elastica, si otterrebbero di più felici risultati. I numerosi fatti raccolti dagli antichi chirurghi, quelli anche più concludenti pubblicati d' alcuni contemporanei decidono in favore di questa opinione. Quindi nel 1844, i dottori Hughese e, Coek, tutti due medici dell' ospedale di Guy a Londra, ànno pubblicato la relazione di venti casi di toracentisi, su i quali sette guarirono e cinque migliorarono in qualche modo. Nello stesso anno, la *Gazette médicale de Londres* pubblicò un altro lavoro del dottor Hamilton Roe, nel quale si legge che su ventiquattr' operazioni d' empimia la guarigione ebbe luogo diciotto volte.

Tra i processi consigliati per aprire il torace, bisogna preferire alla incisione degli spazi intercostali la semplice puntura col tre quarti. Si procederà nel modo seguente. S' incide la pelle con una lancetta verso la metà del bordo posteriore dell' ascella; si tira fortemente la pelle in alto sino a che corrisponda allo spazio intercostale situato immediatamente al di sopra del lato, pel bordo superiore della quale si penetra nella pleura. Si fa uscire per quanto più si può di liquido; ma perchè l' aria non penetri per la cannula, bisognerà, siccome lo consiglia il Signor Reybard, adattare al padiglione dello strumento una pelle d' intestini di bue, precedentemente bagnata. Questa tende ad otturare l' apertura dello strumento quando, durante la inspirazione, il liquido cessando di scorrere, l' aria cerca di precipitarsi nel petto.

INFIAMMAZIONI DEGLI ORGANI DELLA CIRCOLAZIONE

I differenti organi consacrati alla circolazione arteriosa, venosa e linfatica, vanno soggetti alle infiammazioni. Forse ciò si avvera anche per i vasi capillari; la loro tenuità però non ci à permesso fin ora di verificare i disordini che la infiammazione vi stabilisce. Esamineremo poscia la infiammazione negl' involucri del cuore e nel cuore istesso, nelle arterie, nelle vene, ne' vasi e ne' gangli linfatici.

DELLA PERICARDITE

La parola *pericardite* serve ad indicare la infiammazione della membrana sierosa del pericardio.

Storia. — Ignorata affatto dagli antichi medici, la pericardite fu solamente menzionata nel secolo XII.^o Bisogna però risalire sino a Senac per trovare una incipiente descrizione che Corvisart perfezionò, ma che rimase talmente incompleta, specialmente sotto il rapporto anatomico, in modo che Laënnec, alla fine della sua carriera, giustamente pretendeva non potersi *diagnosticare*, ma solamente *indovinare*. Questa proposizione non è più esatta a' giorni nostri; poichè, dopo le ricerche dei signori Louis (1), Andral (2), Bouillaud (3), Hache in Francia (4), Stokes (5) e Latham (6) in Inghilterra, la diagnosi della pericardite è possibile nel maggior numero de' casi.

Divisioni. — La pericardite è *acuta o cronica, parziale o generale*.

Anatomia patologica. — Le lesioni cadaveriche variano secondo l' epoca nella quale la morte à luogo. Se i malati periscono poco tempo dopo lo sviluppo della malattia, si trova nel pericardio soltanto una rossezza più o meno viva sotto forma di punti o di piastre, dipendenti da un iniettamento che à sede piuttosto nel tessuto cellulare anzichè nella stessa membrana sierosa. Questa conserva la sua spessezza e la sua trasparenza; si distacca con più facilità, senza però essere nè più friabile, nè più facile a rompersi, altra volta la sua superficie sembra scabrosa; quasi sempre è arida o almeno poco umida. Ad un' epoca più avanzata, si osserva un versamento di fiocchi albumi-

(1) *Memoires anat. pathologiques*, Paris 1826.

(2) *Clinique médicale*, t. III.

(3) *Traite clinique des maladies du coeur*.

(4) *Archives de médecine*, année 1835, t. IX.

(5) *Dublin journal*, année, 1833, et *Archives*, 2. Série, t. IV.

(6) *Medical Gazette of London*, 1829, t. III.

nosi e da una sierosità fosen, opaca o rossastra, qualche volta affatto sanguinolenta; in quest' ultimo caso in *pericardite* chiamasi *emorragica*. Finalmente il versamento è qualche volta bianco, omogeneo ed affatto purulento. Il più delle volte, ascende soltanto al peso di 60 a 120 gramme, ma può scendere qualche volta sino ad 1, 2 o 3 chilogramme (Louis, G. Frank). Allora succede un distendimento estremo del pericardio, questo urta i polmoni a dritta ed a sinistra e comprime più o meno il diaframma. Alcune volte, al momento dell' autopsia, non si osservano più de' versamenti sierosi, ma soltanto delle concrezioni albuminose, le une libere, galleggianti, le altre disposte più o meno ineguali sulle due superficie del pericardio, specialmente sulla membrana cardiaca. Esse hanno da 1/2 millimetro sino a 27 millimetri di spessore. La loro superficie è raramente levigata, e rassomiglia alla superficie di un favo, o pure offre delle protuberanze che l' hanno fatta paragonare al secondo stomaco de' ruminanti, ad un lingua di gatto, ad un' ananas o ad un pigna, ec., questi paragoni sono perfettamente giusti. Questa disposizione si rimarcabile delle false membrane, che non trovasi in alcun' altra parte, dipende forse da' movimenti continui ed alternativi del cuore. Ad un' epoca anche più lontana dallo sviluppo, non si osserva più liquido, o pure esiste soltanto un poco di siero; le superficie opposte del pericardio sono aderenti tra loro mediante certi filamenti cellulosi; qualche volta l' aderenza è talmente intima che non esiste più alcuna cavità, e spesso han creduto alla mancanza del pericardio. Le false membrane sono più o meno consistenti; possono essere cellulose, fibrose, cartilaginose, ed anche ossee; il più delle volte però, sono assorbite prima che abbiano subito queste diverse trasformazioni; però è cosa rara vederle scomparire completamente; il più delle volte rimangono nel luogo che hanno occupato, una tinta bianca, opaca, di variabile grandezza, conosciuta in anatomia patologica sotto il nome di *macchie* o di *piastre luttiginose*. Sarebbe però un errore se si volesse credere che queste macchie indicassero costantemente una pericardite antecedente. Le une riconoscono evidentemente questa origine, e qualunque sia la loro antichità, possono disseccarsi, separarsi completamente dal pericardio, che si trova intatto al di sotto di esse. La maggior parte di esse, in vece di dipendere da un prodotto di segregazione concretato alla superficie libera della membrana sierosa, dipende al contrario, da un' alterazione di nutrizione, da una latente trasformazione di questa membrana, la quale perde gradatamente la sua spessore e la sua normale trasparenza (Bisot).

La pericardite cronica è sempre generale (Laennec). Allora il pericardio è più rosso che nella forma acuta; il versa-

mento è spesso formato da un liquido purulento, le false membrane sono più consistenti, qualche volta vi si trovano de' depositi di materia tubercolosa.

Nella pericardite acuta e cronica, il cuore può conservare il suo volume. Se il versamento albuminoso o sieroso è stato abbondantissimo, l'organo è contratto su di se stesso, à subito un principio di atrofia, forse per effetto della compressione alla quale è stato sottoposto. In altri casi, le pareti sono ipertrofiate e le cavità dilatate, o pure il tessuto è rammollito, pallido, scolorato, e come macerato. L'endocardio è generalmente intatto; alcune volte però è infiammato; le valvole sono più o meno spessite, le cavità cardiache finalmente contengono delle concrezioni sanguigne più o meno scolorate, infrastagliate ne' pilastri o nelle colonne, ed aderenti alla porzione dell'endocardio il quale trovasi flogosato.

Sintomi.— La pericardite sviluppa ora in mezzo ad una perfetta salute, ora manifestasi nel corso di un'altra affezione (come un reumatismo, una pleurisia, una pneumonia, ec.). Nel primo caso possono solamente osservarsi i prodromi ordinari della maggior parte delle altre malattie acute. Lo sviluppo è spesso indicato da un freddo più o meno intenso; in alcuni casi rari, è una sincope che richiama prontamente l'attenzione. Il dolore è uno de' sintomi più costanti della malattia: moderato, ottuso, nella metà de' malati è alcune volte vivo, lacerante; aumenta ordinariamente sotto i conati di tosse e sotto la pressione, ed il più delle volte à sua sede al di sopra ed indentro della mammella sinistra; in alcuni casi è circoscritto alla metà sinistra dell'epigastrio: si aggrava quando si preme questa regione nella direzione del pericardio. Più de' due terzi dei malati provano delle palpitazioni intermittenti, le quali ritornano specialmente durante la notte; ora sono spontanee, altra volta provocate da' movimenti, dalla fatica o dalle emozioni morali. Questo sintomo, generalmente poco incomodo, spesso passa inosservato. Le lipotimie, le sincopi, le quali sono state per lungo tempo considerate siccome un'accidente frequente della pericardite, sono anzi rarissime, poichè àno luogo appena in un decimo de' casi, e si manifestano generalmente solo ad un periodo avanzato o ne' casi complicati. Si osserva in vece in tutti gl'individui, e sin dallo sviluppo, la dispnea, l'oppressione, un acceleramento notabile de' movimenti respiratori, il numero de' quali il più delle volte giunge da ventiquattro a quaranta; in fine avvi comunemente tosse secca senza essere accompagnata ad alcun' alterazione del rumore respiratorio. Questa tosse può essere spiegata, secondo il signor Louis, per la compressione che il pericardio esercita sul polmone sinistro. In fatti la malattia conta appena alcuni giorni di durata, e già un versamento

molto considerabile esiste nel pericardio, e dà luogo ad alcuni fenomeni, che per se soli bastano a caratterizzarla. Quindi il signor Louis à dimostrato, sono ora mai venti anni, che in conseguenza del liquido stravasato nel pericardio, la regione precordiale offre sotto la percussione un suono matto, la cui estensione è proporzionata all'abbondanza del versamento. Questo suono può anche farsi cambiar di luogo, variando le posizioni dell'ammalato; di questa conoscenza ne andiamo debitori al signor Piorry. Quando il liquido esiste in grandissima quantità, produce in oltre un arco nella regione precordiale: questa protuberanza molto uniforme, che il signor Louis à fatto conoscere il primo, arriva qualche volta sino alla prima o seconda costa. L'orecchio applicato a questo livello, dimostra la mancanza del rumore respiratorio, lo che spiegasi per il ricalcamento che i polmoni àno subito. I battiti del cuore, in vece di essere superficiali, come nello stato normale, sono al contrario profondi, ed evidentemente separati dall'orecchio mediante un corpo intermedio. In oltre, sono di una forza ineguale, e spesso mascherati da rumori abnormi. Gli uni àno luogo nel cuore istesso: questi sono i numeri di *soffio* o di *raspa*, gli altri àno luogo nel pericardio: questi sono i *rumori di strofinio*, la cui forza ed asprezza sono in rapporto colla spessezza, la densezza e la ineguaglianza delle false membrane che li producono. Così allo sviluppo della malattia si scorge soltanto un semplice stropicciamento come se si stropicciasse un pezzo di carta; poi questo leggiero strofinio è più forte, più aspro; qualche volta rassomiglia il rumore d'un cuoio nuovo quando si piega: può anche simulare il rumore aspro di una raspa: in questi casi applicando la mano sulla regione precordiale si scorge un fremito particolare. Tutte queste varietà o confusioni del rumore di strofinio, e di altri ancora, possono succedersi o coesistere uniti; in questo caso però sono avvertite in diversi punti della regione precordiale. In generale le diverse varietà di strofinio accompagnano i due rumori del cuore; essi sono comunemente più distinti nella diastole che nella sistole: sono continui o intermittenti; addiventano intensi specialmente quando il liquido è alquanto abbondante; nulla di meno possono anche esistere quando questo si trova in quantità considerabile. Questi rumori morbosi si spiegano, gli uni, quelli del pericardio, per lo strofinio delle superficie rese ineguali dalle false membrane; gli altri, quelli del cuore, per un'alterazione delle valvole, o per la compressione che il versamento esercita sull'organo, il cui effetto è quello di restringere le cavità, o pure può essere spiegato, secondo Hope, per la violenza colla quale il cuore si contrae qualche volta.

La pericardite si accompagna ad uno stato febbrile più o meno intenso; ne' casi semplici, è cosa rara di poter contare più di cento pulsazioni; il polso è generalmente ampio, qualche volta piccolo, debole, irregolare. Per lungo tempo anno considerato, ma a torto, queste irregolarità del polso come un sintomo ordinario della pericardite semplice, poichè nel fatto esiste soltanto in un quinto de' casi, ed ordinariamente in modo passeggero. Finalmente, i malati accusano allo sviluppo la cefalalgia; il loro sonno è spesso penoso, interrotto da risvegliamenti a guisa di sussulti; raramente avvi delirio. L'apparato digestivo non presenta in generale altri disturbi meno che inappetenza ed una sete aumentata; le forze sono poco prostrate, benchè i malati siano costretti di stare in letto. In fine in alcuni casi, si osserva alcun poco d'infiltramento sieroso alla faccia o alle membra inferiori.

Corso, durata, esiti. — La pericardite può avere un corso rapido e terminare colla morte dopo uno o alcuni giorni. In questi casi avvi dispnea crescente, disordine considerabile nei battiti del cuore, alterazione profonda della fisionomia, edema; la vita si spegne allora in modo impensato ed in mezzo ad una sincope. Nella maggior parte de' casi, e qualunque d'altronde possa essere l'esito della malattia, la pericardite siegue un corso meno rapido; in generale manifesta un periodo di aumento il quale dura da sei o otto giorni; poi rimasta stazionaria per alcuni giorni, gli accidenti diminuiscono; la gibosità diminuisce pure; il suono matto occupa un piccolo spazio; la febbre calmasi, e la convalescenza si stabilisce tra il quindicesimo, ed il ventesimo giorno. Ne' casi più gravi, questa è più tarda; può manifestarsi soltanto dopo un mese o sei settimane. La guarigione in generale è completa; altri ammalati restono per lungo tempo sofferenti ed oppressi. Ne abbiamo veduti molti ne' quali una lesione del cuore si è finalmente sviluppata.

La pericardite in fatti può essere una causa più o meno prossima delle lesioni del cuore; ciò osservasi specialmente quando la infiammazione à prodotto delle aderenze generali tra la membrana parziale e viscerale del pericardio. In fatti, dalle ricerche del Signor Beau, risulta che ne' cinque sestì de' casi dove queste aderenze hanno esistito, vi era un aumento considerabile del volume del cuore dipendente dalla dilatazione delle cavità e dalla ipertrofia delle pareti. Secondo il Signor Beau, si osserva un cambiamento nella direzione del cuore: a parere di quest'ultimo, il più delle volte sarebbe situato perpendicolarmente al diaframma, posizione tanto più insolita in quanto che vedremo che, ne' casi di dilatazione o d'ipertrofia, il cuore si ravvicina moltissimo alla direzione orizzontale.

Se alcuni autorevoli scrittori, come Lancisi, Haller, Senac, Corvisart e Morgagni, considerano le aderenze generali del pericardio siccome incompatibili collo stato di salute, altri medici non meno rispettabilissimi, come Laënnec ed il Signor Bouillaud emettono una contraria opinione. Alcuni fatti che io stesso ò osservati m'inducono a partecipare della opinione di questi ultimi.

Le aderenze generali del pericardio possono essere gravi in conseguenza delle alterazioni di nutrizione che sopravvengono consecutivamente dalla parte del cuore. Queste si spiegano per i sintomi generali che le sono propri senza offrire niente di speciale. In fatti tutti convengono, non esistere alcun segno che potesse far riconoscere o anche sospettare durante la vita le aderenze *parziali o generali* del pericardio. Il dottor Sanders, e forse Kreysig prima di lui, giustamente avevano detto che ne' casi di aderenza di cui parliamo, si formava all'epigastrio, immediatamente sotto le coste spurie sinistre, un incavo il quale si produceva nel tempo della sistole del ventricolo, lo che si spiega per la reazione che il diaframma prova in ciascun movimento ascendente del cuore; sin ora però, nessuno in Francia à confermato questa osservazione. In questi ultimi tempi, il Signor dottor Aran à pubblicato negli *Archives* (1844) un interessante lavoro, nel quale cerca di stabilire che nelle aderenze generali del pericardio, il secondo rumore del cuore perde non solo la sua chiarezza, ma pur anche la durata della sua estensione, e ciò tanto più in quanto le aderenze sono più intime e le cavità del cuore più ampie. Secondo lui, questo rumore può estinguersi quasi completamente in tutta la estensione della regione precordiale, ed anche nel petto, se la malattia è molto antica. L'esperienza però non à ancora provato il valore che si vorrebbe attribuire a questo nuovo segno, ed ultimamente l'ò veduto mancare in un ammalato che ò perduto.

Si comprende che quando le aderenze pericardiache, delle quali abbiamo sì lungamente parlato, sono parziali, e che durano formando troppo considerabili ineguaglianze, o quando addivengono troppo consistenti, o pure quando si coprono di piastre cartilaggine o ossee, diversi rumori di strosfinio più o meno aspri debbono ancora ascoltarsi nella regione precordiale. Questi rumori morbosi sono compatibili con uno stato di perfetta salute, se il cuore non addiviene la sede di qualche lesione grave di nutrizione. Niuna difficoltà s'incontrerà nel riportare questi rumori alla vera causa che li produce, quando coll'interrogatorio si conoscerà che gl'individui hanno sofferto ad un'epoca più o meno lontana i sintomi di una pericardite.

Oggi è dimostrato che le aderenze del pericardio possono produrre qualche volta la deformità della regione precordiale.

Quindi risulta da un fatto osservato dal Signor Barth, e da cinque o sei altri raccolti posteriormente dal Signor Bouillaud, che in seguito di una pericardite guarita e terminata mediante l'aderenza, la regione precordiale poteva offrire una depressione, una specie di restringimento nel senso del diametro antero-posteriore, restringimento analogo a quello che osservasi frequentemente nel petto in conseguenza delle pleurisie.

La pericardite cronica viene qualche volta in seguito della forma acuta: altre volte è primitiva; ciò si osserva specialmente ne' casi dove essa è di natura tubercolosa. I sintomi locali sono allora gli stessi della forma acuta, e si osserva in oltre, quasi la maggior parte degli altri accidenti i quali, come l'edema, accompagnano quasi tutte le malattie organiche del cuore. La durata della pericardite cronica può essere di molti mesi.

La pericardite può essa addivenire la causa delle altre malattie oltre quelle del cuore? Questa opinione è professata in Inghilterra da uomini di merito, specialmente da' dottori Stanley, Abercombrie, ed in preferenza da Bright e Burrows, i quali tutti parlano di malattie della midolla e del cervello, che sarebbero occasionate dalle malattie acute del pericardio e del cuore, e che presenterebbero i sintomi di questi ultimi. Però la lettura di queste osservazioni non dimostra che vi sia una correlazione evidente tra i due generi di malattia, ed avvi soltanto complicità di due malattie.

Diagnosi.—La diagnosi della pericardite si rende incerta soltanto quando mancano i principali sintomi, particolarmente quelli che ci vengono somministrati da' mezzi fisici di esplorazione (insepezione, percussione, ascoltazione). Però, nonostante la mancanza di questi sintomi, quando si vedrà un ammalato sorpreso da febbre e da dispnea, e questi non potranno essere spiegati mediante alcuna flemmasia de' bronchi, delle pleuri e de' polmoni, bisognerà, col metodo di eliminazione, *sospettare* una pericardite. Le probabilità aumentano quando a' sintomi precedenti si uniscono un dolore precordiale, delle lipotimie che lo stato generale non può spiegare, ed una irregolarità del polso, ed anche un edema delle estremità che si manifesta più o meno improvvisamente in un individuo il quale antecedentemente non presentava affatto i segni di una malattia del cuore. In fine il suono matto, la curvatura ed i rumori innormali de' quali abbiamo parlato, osservati in coloro che abitualmente godono buona salute, sono segni certi della pericardite. Da ciò che abbiamo detto, torna inutile il dire che questa malattia non potrebbe esser confusa colla pleurodinia, nè colla bronchite, nè colla pneumonia, nè con una pleurisia. La sua diagnosi presenta qualche difficoltà con quella della endocardite, e che più tardi esamineremo.

Pronostico. — La pericardite è certamente malattia grave; alcuni però ne esagerano un poco troppo il pericolo; in generale può dirsi, che le pericarditi semplici, manifestandosi in individui robusti, guariscono quasi tutte. La pericardite, la quale veste sin dallo sviluppo un corso cronico è ordinariamente mortale.

Etiologia. — La pericardite può svilupparsi in tutte le età della vita: sembra però che il suo maximum di frequenza sia determinato alla età di diciotto a trent'anni. La donna vi sembra meno disposta dell'uomo nella proporzione di 1 a 4 o 5. La predisposizione ereditaria rappresenta forse una certa influenza. Le cause che suscitano la malattia, siccome l'osserva il Signor Louis, rimangono spesso sconosciute. La pericardite si è osservata siccome l'effetto d'una piaga o di qualunque altra violenza esercitata sulle pareti toraciche; altre volte a luogo dietro l'impressione del freddo. Però definitivamente, una causa evidente si osserva soltanto nella sesta parte de' casi (Hache). La pericardite è un'afezione spesso consecutiva: le malattie durante il corso delle quali spesso si manifesta la pericardite sono: il reumatismo, la pneumonia, la pleurisia, e le lesioni organiche del cuore (Vedi queste malattie). Finalmente la pericardite sembra essere una delle malattie incidenti della pazzia, poichè, secondo Chomel, si osserverebbero delle tracce nella quindicesima parte degli alienati i quali muoiono.

Cura. — Nella pericardite bisogna opporre i salassi generali e locali (coppe a vento, sanguisughe) alla regione precordiale. Le emissioni sanguigne saranno praticate secondo i principi precedentemente esposti. Si unirà la dieta, le bevande temperanti e nitrate, i rivellenti applicati sulle estremità inferiori e sul tubo digestivo. Nella indicazione di moderare i battiti del cuore si amministra la digitale. In fine, quando l'orgasmo infiammatorio è stato sufficientemente combattuto, ed i segni di versamento persistono, bisognerà coprire la regione precordiale con un largo vescicante, avendo cura di prolungare la suppurazione.

Quest'ultimo mezzo è a poco presso l'unico medicamento attivo che devesi impiegare contro la pericardite cronica; bisognerà pure, ne' casi ostinati, sostituirlo da un esutorio più energico, come il cauterio, la mœxa ed anche il setone.

DELLA ENDOCARDITE O CARDITE INTERNA

L'infiammazione della membrana interna del cuore à ricevuto il nome di endocardite, da *Eu, nel;* καρδία, cuore.

Storia. — La parola *endocardite* è stata proposta dal Signor Bouillaud. Se questo autore non à realmente scoperto la

malattia, poichè Mat. Baillie, Burns, Kreyzig, Laënnec ed il Signor Andral, ne avevano parlato prima di lui, almeno non gli si può contrariare il merito di aver descritto con più precisione i suoi caratteri anatomici; d'altronde, egli à fatto conoscere il primo di tutti le cause ed i sintomi di una affezione della quale ne à però esagerato la frequenza e le conseguenze, ma che poi era sconosciuta sotto il rapporto sintomatico prima della pubblicazione della sua importante opera sulle malattie del cuore. Gli autori dopo il Signor Bouillaud nulla hanno aggiunto alle ricerche di questo medico.

Anatomia patologica. — Non bisognerebbe diagnosticare sul cadavere una endocardite pel solo fatto che la membrana interna del cuore offrirebbe un colorito rosso, parziale o generale. In fatti, qualunque possa essere la varietà della rossezza della membrana, la sua estensione, ed i punti che occupà, che resista o pur no quando si lava, ed anche quando si sottopone ad una prolungata macerazione, torna impossibile poter determinare se questa rossezza sia lo effetto d'un lavoro infiammatorio, o di una semplice imbibizione cadaverica. I segni osservati durante la vita, o le lesioni concomitanti, come la infiammazione di un vaso possono prestarci soltanto delle supposizioni, ma mai una certezza assoluta. Il Signor Bouillaud sembra che abbia troppo spesso sconosciuti questi principi, siccome si potrà esser convinto leggendo le osservazioni, le quali formano, nel suo *Traité des maladies du coeur*, la prima categoria de' casi d'endocardite, fatti che non potrebbero esser considerati con convincimento siccome degli esempli d'infiammazione della membrana interna del cuore. Per stabilire la esistenza della endocardite, bisognerà riunire alcuni altri caratteri, come il gonfiamento o la spessezza, la friabilità od il rammollimento delle parti iniettate, la loro ulcerazione, ed anche meglio la presenza del pus e delle false membrane. Queste differenti lesioni non hanno però lo stesso valore. Quindi il gonfiamento o la semplice spessezza, abbenchè potessero essere l'effetto d'un recente lavoro infiammatorio, può non pertanto risalire qualche volta ad un' epoca di già lontana ed essersi sviluppato indipendentemente da qualunque flemmasia, in guisa che questa lesione, coincidendo anche colla rossezza, non ci sembra sufficiente per non far dubitare della esistenza di una endocardite. Checchè ne sia, lo spessimento della membrana interna del cuore è difficile a poter essere dimostrato, e trovasi manifesto soltanto sulle valvole. Quando questa membrana è infiammata può aggrinzarsi, è più friabile o rammollita; può anche presentare una o molte ulcerazioni. Queste ci son sembrate aver la loro sede specialmente sulle valvole, le quali sono in questo caso spesso perforate; questa lesione però è molto rara. Sin ora non esiste al-

cun fatto che potesse provare in modo certo che la endocardite fosse terminata colla cangrena. La lesione essenziale è veramente caratteristica di questa flemmasia consiste in una segregazione purulenta o pseudo-membranosa. La presenza del pus ordinariamente è difficile a potersi verificare, purchè il corrente circolatorio lo porti seco a misura che si segrega; qualche volta però se ne trova in piccola quantità rinchiuso ne' grumi che sono aderenti alla membrana. Il più delle volte l'endocardite produce delle false membrane grigiastre, lisce o bernocolute, e striate alla loro superficie, più o meno dense ed estese, che occupano in preferenza le valvole; queste sono spessite; da per tutto queste concrezioni sono intimamente aderenti alla membrana, la quale trovasi in questo punto opaca, più densa e friabile. Spesso accade, siccome l'ò io stesso osservato in un caso degno dell'attenzione, e che ò pubblicato nel *Journal hebdomadaire* 1836, che indipendentemente dalle false membrane delle quali abbiám parlato, esistono de' grumi, scolorati, elastici, immediatamente aderenti alla membrana, o per lo intermedio delle concrezioni pseudo-membranose. Finalmente, sul bordo libero delle valvole ventricolari e sigmoidee si trovano de' piccoli tumori a larga basa o peduncolati, d'un bianco grigiastro o rossastro, più o meno friabili, le une sono globose, le altre bernocolute anno l'aspetto affatto simile a' cavoli fiori sifilitici; altre volte sono delle semplici granulazioni della grandezza di una testa di spilla o di un acino di miglio, discrete o confluenti. Torna impossibile poter determinare se queste specie di vegetazioni siano prodotte dal coagulo del sangue, o se siano piuttosto il risultato di una esalazione pseudo membranosa; questa ultima supposizione ci sembrerebbe la più probabile. Per finire diremo che la endocardite produce in generale un' aumento più o meno considerabile nel volume del cuore. Questa malattia coincide nella metà de' casi con una pericardite più o meno estesa.

Tali sono le lesioni che caratterizzano la endocardite acuta. Nello stato attuale però della scienza torna anche più difficile poter determinare i caratteri anatomici propri della endocardite cronica.

Crediamo però che le aderenze delle valvole, formandosi in generale tra le loro pareti meno mobili, debbono avere una origine infiammatoria. Si è anche preteso che lo stesso avesse luogo delle piastre bianche, delle opacità, e dello spessimento della membrana; però questo è un errore; poichè il signor Bizot à dimostrato che se nel giovane la membrana interna del cuore offriva da per tutto una eguale trasparenza, non era però così ad un' epoca più avanzata della vita, dove si vedevano le cavità sinistre ed il bordo membranaceo delle valvole sigmoidee corrispondenti addivenire opache e più dense, mentre

a diritta la membrana conservava il suo primiero stato. Il signor Bouillaud à voluto ancora rannodare ad una infiammazione cronica della membrana interna del cuore i prodotti cartilagginei, ossei e cretacei delle valvole; questo medico però à troppo generalizzato alcuni fatti clinici favorevoli alla sua dottrina, ed alcuni altri che gli sono stati forniti solamente dall' analogia. Certamente può supporre la possibilità di una trasformazione cartilagginea, ossea o cretacea delle produzioni fibrinose ed albuminose della membrana interna del cuore, quando vediamo tutti i giorni queste stesse trasformazioni operarsi nelle membrane della pleura, del pericardio, del peritoneo, ec. L'osservazione clinica ci à inoltre dimostrato che in alcuni individui le alterazioni delle quali è parola sono manifestamente succedute ad una infiammazione acuta del cuore. Questi fatti però sono essenzialmente eccezionali, e nella quasi totalità de' casi, le concrezioni cartilagginee ed ossee degli orifici del cuore àno luogo in conseguenza de' progressi della età o di un perversimento nella nutrizione de' tessuti, e non riconoscono come punto di partenza una flemmasia acuta. In breve dirò dunque che la endocardite può produrre tutte le alterazioni che il signor Bouillaud le attribuisce; ma queste non àno ordinariamente questa origine. Dicasi lo stesso di alcune soluzioni di continuo, e specialmente di quelli perforamenti semplici o molteplici della parte membranacea delle valvole. Quest' alterazione, che il signor Bizot à descritto sotto il nome di *stato reticolare*, à luogo spontaneamente; il più delle volte non produce alcun disturbo speciale nella circolazione cardiaca.

Sintomi. — L' endocardite è raramente malattia primitiva, il più delle volte avviene nel corso d' un' altra malattia acuta, perciò non è quasi mai preceduta da prodromi. Nella endocardite acuta, raramente avvi dolore alla regione precordiale; i malati si lagnano solamente di oppressione e di palpitazioni. La percussione fa conoscere un aumento più o meno considerabile nel volume del cuore. Mediante l' ascoltazione si osserva un maggiore impulso; i battiti sono superficiali, àno un timbro ora più sordo, ora più chiaro e come metallico, mentre altre volte sono mascherati o rimpiazzati da rumori di soffio di lime o di raspa. Il polso sempre accelerato, spesso irregolare, offre in generale molta forza e resistenza: qualche volta però è piccolo e debole, e contrasta in singolar modo coll' impulso e la violenza de' battiti del cuore, il che deve attribuirsi, col signor Bouillaud, all' imbarazzo che apportano le concrezioni albumino-fibrinose agli orifici, e recano ostacolo perchè una larga colonna di sangue sia spinta nel sistema arterioso. Quest' ostacolo nella circolazione porta altri accidenti: quindi la dispnea aumenta sino alla soffocazione, le membra vanno soggette al-

lo infiltramento; avvi delirio, lipotimie, sincopi. In fine, alcune delle concrezioni possono, distaccandosi, essere trasportate dal movimento circolatorio, ed andare ad otturare un vaso principale, lo che è quasi infallibilmente seguito dalla cangrena delle parti sottostanti. Per parte degli organi digestivi, si osserva soltanto inappetenza e sete.

Corso, durata, esiti. — Se gli accidenti continuano ad aumentarsi, l'endocardite può avere un esito funesto; il più delle volte però, la malattia sembra terminare colla risoluzione. In questo caso, i grumi e le false membrane sono forse completamente assorbite? Si potrebbe naturalmente supporre, quando si veggono gl'individui ritornare in uno stato di perfetta salute, ed il cuore non presentare nulla di morbosissimo, nè sotto la percussione nè all'ascoltazione. Se poi la malattia passa allo stato cronico, allora si veggono svilupparsi quelle trasformazioni cartilagginee, ossee, delle quali abbiám parlato al capitolo delle lesioni organiche.

La durata media della endocardite sarebbe, secondo il Signor Bouillaud, di otto giorni soltanto; noi però la crediamo più lunga. L'endocardite à in fatti la stessa durata della pericardite.

Diagnosi. — L'endocardite è malattia spesso di difficile diagnosi; presenta soltanto de' caratteri distinti quando è intensa ed occupa una grande estensione. In fatti quando in un individuo il quale non presenta alcun segno di affezione al cuore, si vede che l'oppressione e le palpitazioni si manifestano bruscamente; quando il cuore è ad un tratto aumentato di volume, quando presenta all'orecchio un forte impulso, diretto, ed i suoi rumori sono mascherati o rimpiazzati da rumori morbosissimi, allora soltanto si potrà diagnosticare una endocardite; in tutti gli altri casi bisognerà rimanere nella incertezza. L'endocardite può solamente confondersi con una pericardite pseudo-membranosa e senza versamento liquido. In questa però, avvi spesso dolore precordiale, rarissimo nella prima; il suono matto à una estensione poco considerabile: lo strofinio è più superficiale, meno circoscritto, si avverte vicinissimo all'orecchio, e, come lo à molte volte osservato il signor Bouillaud, lo si può far cessare, poi ritornare, col variare le posizioni dell'ammalato. In fine, in questa forma di pericardite, mancano quasi sempre l'oppressione ed i disturbi circolatori che accompagnano l'endocarditi violente. La pericardite con versamento liquido sarà difficilmente confusa con una infiammazione della membrana interna del cuore, specialmente per la profondità in cui si sentono i battiti del cuore, l'opposto di ciò che osservasi nella endocardite. La diagnosi però differenziale è difficile a potersi stabilire a causa della coincidenza delle due malattie; questo errore non produce però alcun inconveniente per la terapeutica.

Pronostico. — L' endocardite è malattia grave; perchè, quantunque in generale abbia un esito felice, qualche volta termina rapidamente colla morte, ed altre volte degenera in una lesione organica incurabile.

Etiologia. — L' endocardite riconosce le stesse cause della pericardite; come questa, può essere prodotta da una causa traumatica e dalla impressione del freddo; in fine, è un accidente comunissimo nel corso di molte malattie acute, specialmente nel corso del reumatismo articolare (vedi questa affezione).

Cura. — La cura è la stessa della pericardite.

DELLA CARDITE

Si dà il nome di *cardite* o *carditis* alla infiammazione del tessuto muscolare e cellulare del cuore. Questa malattia rarissima ed appena conosciuta, può essere primitiva, il più delle volte è consecutiva alla pericardite, e, più ancora ad una endocardite.

Alcuni autori hanno fatto dipendere dalla infiammazione diverse alterazioni del cuore, come il colorito rosso, di seccia di vino o livido, e lo scoloramento o la tinta giallastra con diminuzione o senza nella consistenza del tessuto. Non è però tale, almeno il più delle volte, la origine di queste alterazioni. (Vedi l' articolo *Rammollimento*.) Nello stato attuale delle nostre conoscenze di anatomia patologica, la sola presenza del pus può caratterizzare la cardite. Il pus che trovasi nel tessuto del cuore è raramente infiltrato; quasi sempre è riunito in piccoli focolari del volume di un pisello, d' un faggiolo, o di una nocella. Questi ascessi hanno sede qualche volta sotto la membrana interna del cuore; il più delle volte si rinviene nel tessuto carnoso tra le fibre muscolari. Queste ordinariamente si trovano appena spostate; altre volte, la cavità dell' ascesso si è scavata a loro spese; in questo caso sono distrutte in questo punto o pure ridotte in una polpa, in pappa rossastra; il tessuto muscolare è livido, friabile in una estensione più o meno considerabile. Questi ascessi sono spesso multipli; qualche volta chiusi in una cisti; il pus che contengono è flemmonoso, se è stato unicamente formato dal tessuto cellulare; ma se risulta dalla infiammazione della fibra muscolare è rosso e meno consistente. Queste collezioni purulenti possono occupare tutti i punti dell' organo, più particolarmente poi si formano nel ventricolo sinistro. Possono aprirsi in una delle cavità del cuore o del pericardio; aprendosi contemporaneamente alla parte interna ed esterna del cuore, à luogo un perforamento rapidissimamente mortale. Finalmente, si comprende bene che un ascesso quando si sviluppa nella spessezza della chiusura del ventricolo, potreb-

be addivenire un mezzo di comunicazione tra la cavità diritta e sinistra, aprendosi simultaneamente nell'una e nell'altra.

Si è pur parlato d'una cardite cronica caratterizzata ora dagli ascessi chiusi nelle cisti, più o meno anticamente formati quando si volesse giudicare dalla spessezza della cisti. Altre volte sono induramenti, o piuttosto trasformazioni fibrose, cartilaginee del tessuto muscolare; niente però à dimostrato sin ora che queste lesioni fossero l'effetto d'un lavoro infiammatorio.

Manca qualunque segno che potesse far conoscere ed anche sospettare una cardite. Alcuni malati muoiono con molteplici ascessi nel cuore, senza che quest'organo avesse presentato durante la vita alcun disturbo speciale; in altri, al contrario, si osserva sin dallo sviluppo un grande disturbo ne' movimenti dell'organo, delle palpitazioni, una estrema oppressione, lipotimie. Nulla di tutto ciò è però caratteristico. Tutti i patologici sono di accordo sulla impossibilità di poter stabilire la diagnosi della cardite.

DELL' ARTERITE

La parola *arterite* serve ad indicare la infiammazione delle arterie, sia che la flemmasia occupi simultaneamente molte delle tuniche, sia che si limiti ad una di esse soltanto; d'altronde questo caso è rarissimo.

Storia. — Dopo Areteo e Galeno, gli autori ànno parlato dell'arterite; le loro conoscenze però su questo punto si limitavano a poche nozioni incomplete e null'affatto precise. Le ricerche di P. Frank e specialmente quelle di Sasse (1) alla fine dell'ultimo secolo, sono state il segnale di novelle osservazioni, delle quali, per la maggior parte, andiamo debitori a' nostri contemporanei: quindi, grazie a' travagli de' signori Louis (2), Andral (3), Bouillaud (4), Gendrin (5), Bérard (6), François (7), Breschet (8), Bizot (9), Trousseau, Rigot (10), Delpech e Dubreuil (11) ec. possiamo oggi fissare con qualche

(1) *De vasorum sanguifer, inflammatione*, Hale, 1797.

(2) *Fièvre typhoïde*, t. I. er

(3) *Précis d'anat. pathologique*, t. II. p. 350.

(4) *Dict. de méd. et de chir. prat. article Arterite.*

(5) *Histoire anat. des inflam.*

(6) *Dict. de méd.* t. IV, p. 90.

(7) *Essai sur les gangrènes spontanées*, Mons, 1832.

(8) *Journal des progrès*, t. XVII, p. 119.

(9) *Mémoires de la société médicale d'observation* t. I. er

(10) *Archives* année 1826.

(11) *Memorial des Hôpitaux du Midi*, Année 1829, *Mémoire sur la Gangrène mortifique*,

precisione il carattere delle principali lesioni delle quali il sistema arterioso è la sede.

Anatomia patologica. — Siccome l'abbiamo veduto nella endocardite, la rossezza delle arterie è un carattere anatomico insufficiente della infiammazione di questi vasi, poichè questo colorito può essere soltanto l'effetto di una imbibizione cadaverica. Nella maggior parte di coloro che si aprono, l'albero arterioso offre in molti punti un colorito rosso che varia da quello della rosa tenera sino ad un rosso scarlatto e vinoso. Questa rossezza, che si fa più viva col contatto dell'aria è uniforme, o pure è disposta a forma di piastre irregolari o a gruppi; essa interessa tutta la spessore della sierosa, il tessuto cellulare, e qualche volta si estende alle altre tuniche. Si osserva tanto più facilmente per quanto l'agonia è stata più lunga, e l'autopsia è stata praticata ad un'epoca più lontana, la temperatura è più calda, la putrefazione più avanzata ed il sangue è più liquido. La rossezza è anche più distinta nelle parti declivi, in vicinanza degli organi infiammati, in tutti i punti in fine dove la quantità del sangue è più considerabile. Nei casi però dove la porzion del vaso colorato in rosso non contiene più sangue, non bisogna concludere che il colorito dipenda da un lavoro infiammatorio, e non appartenghi alla imbibizione; poichè spesso avviene dal sangue stagnato in un vaso ne' primi momenti della morte, e che ne colora le pareti, ed è poscia trasportato più o meno lungi da' movimenti che si fanno esercitare al cadavere, per lo sviluppo de' gas, e pe' differenti fenomeni che accompagnano la putrefazione.

La rossezza che dipende dalla infiammazione dell'arteria non differisce affatto da quella che è l'effetto della imbibizione cadaverica; i migliori autori di anatomia patologica sono di accordo su questo punto. Quindi le osservazioni raccolte sull'uomo da Laënnec, dal professor Berard e dal Signor Louis, come anche quelle praticate sugli animali da' signori Andral Duprux, Trousseau e Leblanc sono concordi per provare che la rossezza è un segno insufficiente dell'arterite. Perchè ne potesse indicare la esistenza, è necessario che coincida con qualche alterazione nella nutrizione de' tessuti, come la spessorezza e la friabilità della membrana interna, la quale trovasi nello stesso tempo, e soventi volte, appassita, increspata, villosa o ineguale, separandosi facilmente mentre soltanto si distacca, come lo hanno stabilito i professori Delpach e Dubreuil nel loro lavoro inserito nel 1829 nel *Mémorial des hôpitaux du Midi*. In fine si rinvencono spesso alcuni grumi fibrinosi più o meno scolorati ed intimamente aderenti alla membrana interna del vaso.

Il coagulo del sangue è veramente uno de' fenomeni che accompagnano il più delle volte le infiammazioni vascolari: nel-

la maggior parte de' casi però non si avvera: quindi a torto, secondo noi, la formazione de' grumi è stata considerata come un fenomeno costante e quasi necessario nell'arterite. Il segno anatomico più certo che abbiamo di questa flemmasia è un trasudamento albuminoso, pseudo-membranoso, che si svolge alla superficie delle arterie. Questa concrezione è qualche volta in tale quantità da chiudere perfettamente il vaso. Molle, quasi amorfa al principio, si spande tosto sulla membrana interna sotto forma di lamine o di piastre biancastre più o meno compatte. Può essere assorbita, ma molte volte continua ad aumentarsi e subisce diverse trasformazioni che tosto faremo conoscere. L'esalazione di cui è parola può aver luogo tra le tuniche del vaso specialmente nella loro guaina; allora l'arteria compresa tra una ligatura si taglia colla stessa facilità del lardo. In fine il pus, o almeno una materia puriforme può esalarsi alla faccia interna del vaso; altre volte questo prodotto infiltra le pareti, e può anche formarvi delle collezioni. Tali sono le lesioni proprie dell'arterite acuta.

L'arterite cronica è più difficile a potersi caratterizzare anatomicamente; a torto alcuni autori hanno voluto rannodare a questa infiammazione tutte le lesioni di nutrizione del tessuto arterioso, come le ulcerazioni ed i perforamenti, le produzioni cartilagginee, ossce, ateromatose, cretacee; ec. Ve ne sono alcune però le quali sembrano avere, se non sempre, almeno il più delle volte, una origine infiammatoria. Quindi, secondo il Signor Bizot, le piastre cartilagginee delle arterie altra cosa non sarebbero se non che il prodotto albuminoso che abbiamo osservato nello stato acuto, e che quando non è assorbito, si organizza, si fa duro, e prende da quel momento la consistenza del bianco dell'uovo cotto, e tosto passa alla consistenza della cartilaggine. Quando questo prodotto è subito questa trasformazione, la membrana interna è ordinariamente cessata di esistere in quel punto, e la piastra cartilagginea si appoggia allora sulla membrana media immediatamente o coll'intermedio d'uno strato di materia giallastra simile al giallo del uovo indurato (questa è la materia che chiamasi *Ateromatosa*). Dunque non può dirsi nella maggior parte degli anatomo-patologi che le piastre cartilagginee si svolgono tra le due tuniche interne. Le piastre delle quali è parola sono ora isolate, altre volte rivestono uniformemente tutta la superficie del vaso, il quale va soggetto in questo punto ad una specie di restringimento, in modo da far credere a primo aspetto una cicatrice. Il Signor Bizot ha negato la trasformazione ossea alla quale queste piastre vanno soggette, e che questa non fu mai un risultato della infiammazione. In fatti proveremo in altro luogo di questo libro, che questa ossificazione dipende da progressi del-

la età o da un semplice perversimento nella nutrizione de' tessuti: diremo altrettanto delle produzioni ateromatose e meliceriche. Per le ulcerazioni, ve ne sono di quelle che sono primitive, le quali si sviluppano da dentro in fuori, e sembrano essere in realtà il risultato d'una flemmasia acuta o cronica. La maggior parte hanno un'altra origine, e sono consecutive al perforamento della tunica interna mediante una concrezione ossea o da diversi altri prodotti liquidi e semi ossei (*pus*, *ateroma*, *seatoma*) sviluppati tra le due membrane interne. Finalmente niente prova che la ipertrofia e l'atrofia delle pareti delle arterie, che alcuni rapportono alla infiammazione cronica, abbiano questa origine.

Sintomi. — Nell'arterite, esistono prima de' dolori vivi lungo il tragitto del vaso; questo batte con più forza allo sviluppo. Se l'arteria è superficiale, forma una specie di corda, ordinariamente gonfia, ineguale, tesa, renitente molto dolorosa sotto la pressione. L'infiammazione comincia in un punto più o meno circoscritto e si estende con molta o poca sollecitudine, e generalmente camina nella direzione del sangue: questa regola però va soggetta a numerose eccezioni: così nell'arterite consecutiva ad una ligatura, l'infiammazione assale soltanto l'estremo superiore del vaso. I sintomi generali sono in rapporto della estensione e della gravezza della infiammazione; in generale quando la malattia è semplice, avvi soltanto un mediocre apparato febbrile ed anoressia. Quando però il vaso si trova ostruito dal versamento albuminoso o dal coagolo del sangue, si veggono allora venire in campo differenti fenomeni che indicano una interruzione più o meno completa nella circolazione: così i battiti diminuiscono di forza, poi cessano affatto: si manifestano allora dolori vivi, il torpore, la paralisi, il raffreddamento e la gangrena delle parti situate al di sotto dell'ostacolo. La mortificazione comincia quasi sempre da' punti più lontani dal centro circolatorio: quindi nella infiammazione dell'arteria crurale, i malleoli ed i piedi sono i primi ad essere affetti. L'arterite è dunque una delle cause della gangrena impropriamente chiamata *spontanea o senile*. Quando questa à luogo per effetto della malattia di cui è parola, si trova sempre che la infiammazione occupa una delle principali arterie della parte mortificata. Di accordo col Signor V. Francois, non sapressimo, per conseguenza, ammettere coi signori Delpech e Dubreuil che la gangrena, per effetto di arterite, sia il risultato ordinario della infiammazione de' capillari arteriosi; le ragioni che invocano i due dotti professori di Montpellier in favore della loro dottrina non possono essere accettate.

Se l'alterazione, invece di essere istantanea o almeno estremamente rapida, à luogo progressivamente, lentamente, e

se la circolazione collaterale à il tempo di svilupparsi, la mortificazione non potrebbe aver luogo; ma la nutrizione essendo allora spesso insufficiente, la parte diminuisce di volume e cade nell'atrofia. Il restringimento del vaso è un accidente costante, una conseguenza necessaria dell'arterite: però l'arteria benchè infiammata, può anche rimanere in gran parte permeabile; ciò à luogo il più delle volte quando la flemmasia assale l'aorta ed anche le arterie principali delle membra o della testa. L'obliterazione poi è un accidente a poco presso costante della infiammazione che assale le arterie d'un mediocre o di un piccolo volume.

Diagnosi. — Vedremo in seguito per quali caratteri si distingue dalla flebite e dalla linfangite. Il flemmone differisce dall'arterite per la estensione dello ingorgo, pel tumore che forma; per la natura de' dolori de' quali è la sede, e per la mancanza de' segni che indicano l'ostruzione o l'obliterazione dell'arteria.

Pronostico. — L'arterite è una malattia grave in ragione della gangrena che può risultarne, e per le lesioni organiche che lascia dietro di essa, e che privando il tessuto arterioso della sua resistenza ed elasticità, lo espongono a' perforamenti ed alle dilatazioni aneurismatiche.

Etiologia. — Il tessuto arterioso è uno di quelli i quali più raramente s'infiammano. Le cause dell'arterite sono molto oscure; il più delle volte la malattia sembra essere affatto spontanea. Si è detto che la pletora, che un sangue ricco, che un regime eccitante, predisponessero a questa malattia, niente però è ancora ben dimostrato a questo riguardo. La malattia à luogo qualche volta in seguito delle violenze esterne; spesso è stata la conseguenza di una ligatura del vaso: i chirurghi inglesi ne citano numerosi esempli. Però quasi mai à luogo dietro la estensione d'una flemmasia vicina: è un fatto molto rimarcabile quello di vedere spesso flemmoni denudare l'arteria principale di un membro in una grande estensione, e questa rimanere intatta benchè circondata da tutte le parti dalla suppurazione. L'arterite, dicesi, essere più comune nell'uomo che nella donna: su settantasette casi riportati da Tiedemann, è stata osservata cinquanta volte negli uomini, e ventisette nelle donne (Lebert).

Cura. — Nella cura dell'arterite, bisogna insistere sugli antiflogistici. Se avvi febbre, si praticeranno uno o molti salassi generali; si applicheranno sul tragitto del vaso ammalato un gran numero di sanguisughe; si praticeranno le frizioni mercuriali sin dallo sviluppo: i cataplasmi emollienti saranno applicati in permanenza, ed una o due volte nel corso del giorno la parte sarà immersa per molte ore in un bagno emolliente.

ie : in fine si amministrerà una pozione convenevole per diminuire per quanto è possibile l'afflusso del sangue venoso verso il cuore.

ALCUNE OSSERVAZIONI SULL' AORTITE.

Passerò sotto silenzio i caratteri anatomici dell' aortite acuta e cronica, per non ripetere quelle stesse cose che mi trovo aver già dette parlando delle arteriti in generale. In fatti dovrei descrivere in questo luogo la stessa rossezza con gonfiamento, rammolimento, perdita della levigatezza della membrana interna, con produzione di false membrane, di grumi fibrinosi e di suppurazione. Ne' casi di aortite sono stati osservati specialmente quei focolari purulenti, che abbiám detto altrove poter dar luogo alla spessezza delle arterie. Un fatto de' più curiosi di questo genere è quello che il signor Andral riporta nella sua Anatomia patologica di un individuo il quale presentò nella spessezza dell' aorta una mezza dozzina di ascessi del volume di piccole avellane e ripieni d'un pus flemmonoso. L' infiammazione occupa raramente tutta la estensione dell' aorta, ma il più delle volte è limitata all' arco ed alla sua porzione toracica o addominale.

Sino a questo momento non si conosce alcun segno certo capace di far distinguere un' aortite. Quindi il calore con un fuoco divorante nel petto e nel ventre, coincidendo con polso piccolo e debole, o pure, secondo alcuni altri, l' energia dei battiti dell' aorta, i dolori sordi e profondi nella direzione del vaso; finalmente le lipotimie e le sincopi, degli accessi violenti di soffocazione e di tosse, una grande ansietà, tale è l' insieme de' sintomi che gli autori ci hanno indicati siccome quelli che appartengono all' aortite. Noi vi aggiungeremo la improvvisa comparsa dell' edema, che il signor Bizot à incontrato ne' tre casi di aortite acuta che egli à osservati. L' anassarca sarà dunque un sintomo importante capace di richiamare l' attenzione del medico. Quando l' anassarca si manifesta in modo acuto nel corso di un' affezione febbrile, senza che l' esame del cuore, del pericardio e de' rini ne potessero dare la spiegazione, bisognerà allora, se non *diagnosticare*, almeno *sospettare* una infiammazione dell' aorta, colla produzione delle false membrane e delle concrezioni sanguigne. Le pulsazioni violenti del vaso, che il signor Bouillaud considera come di un gran valore, in realtà hanno poca importanza, poichè, secondo il signor Bizot, non si sono sempre osservate ne' casi di aortiti osservate dallo stesso signor Bouillaud. Checchè ne sia, se malgrado tutto ciò che ne abbiám detto in questo luogo, alcuni volessero attribuire qualche valore a questo segno, si guardassero almeno di far dipendere da un' aortite quelle forti pulsazioni che spesso si osservano

allo epigastrio negl' ipocondriaci o nelle donne isteriche, di cui parleremo quando ci faremo a trattare delle nevrosi del sistema arterioso. Finalmente il dottor Corrigan à tentato di provare, or sono alcuni anni, che la membrana che riveste l'aorta nella sua origine poteva dar luogo ad un gruppo di sintomi conosciuto sotto il nome di *angina del petto*, e per conseguenza doveva esser collocato nel numero delle cause che potevano dare origine a questa terribile affezione. I fatti però che il celebre professore di Dublino invoca in favore della sua opinione non sono affatto concludenti, poichè sulle otto osservazioni che egli cita, avviene una soltanto la quale merita di essere citata come un esempio reale dell' *angina del petto*, ed anche in questo caso non è affatto dimostrato che la lesione dell'aorta fosse realmente la causa della malattia. In fatti, secondo me, l'aortite può essere soltanto un accidente o una complicità dell' *angina*.

La diagnosi dell' aortite cronica è anche più difficile. Il più delle volte questa non produce alcun disordine, o pure i sintomi che ne risultano si confondono con quelli ordinariamente prodotti dalle lesioni organiche del cuore.

L' aortite può essere seguita dagli accidenti che abbiamo veduto succedere spesso dietro la ostruzione o la oblitterazione de' vasi: tali sono la debolezza, la paralisi, l'atrofia delle membra inferiori ed anche la gangrena di queste parti. L'aortite sembra essere in fatti una delle cause che producono le oblitterazioni acquisite dell'aorta. Certi perforamenti di questo vaso avendo luogo specialmente verso il suo arco e determinando una morte subitanea, sono stati molte volte il risultato della stessa lesione; quando in fine l'aortite acuta o cronica stabilisce una diminuzione del calibro del vaso, la circolazione del sangue è più difficile: questo liquido rifluisce allora verso il cuore e lo dilata; l'aorta ristretta, avendo in oltre perduto una porzione della sua elasticità, il cuore è obbligato di contrarsi con più violenza del solito per superare queste due resistenze; quindi il più delle volte cade in atrofia accompagnata o pur no da dilatazione.

Da quel che abbiamo esposto, torna inutil cosa insister di più per provare che l'aortite è malattia grave. Potendola distinguere, si dovrebbe impiegare contro quest' affezione un energico metodo antillogistico.

DELLA FLEBITE IN GENERALE E DI ALCUNE FLEBITI IN PARTICOLARE

L' infiammazione delle vene à ricevuto il nome di *flebite*.

Storia. — Indicata anticamente da Arcteo, ma descritta per la prima volta da John Hunter, e poi da Sasse e da Abernethy,

la flebite è stata l'oggetto in Francia di numerosi travagli, tra i quali si distinguono quelli de' signori Breschet (1), Ribes (2), Dance (3), Blandin (4), Cruveilhier (5).

Anatomia patologica. — Nello stesso modo, e forse più spesso, le vene possono presentare un colorito di un rosso più o meno carico per effetto di una imbibizione del loro tessuto. La rossezza è dunque una pruova insufficiente della infiammazione venosa; per caratterizzare quest'ultima, bisogna che nel vaso esista qualche alterazione della nutrizione e della segrezione.

Quando si apre una vena infiammata, si osserva che le sue pareti sono più o meno spessite; la membrana interna, rossa, opaca, è ineguale, rugosa; essa è friabile e si riduce in una polpa; qualche volta è tappezzata da una falsa membrana albuginosa grigiastria, o pure de' grumi fibrinosi le stanno aderenti; in fine, più raramente, essa si trova in contatto immediato col sangue liquido alterato e con una materia purulenta. Qualche volta sembra ipertrofiata, ed allora le fibre che la costituiscono si veggono più manifestamente nella loro direzione longitudinale. In questi casi, la vena non si appassisce più, e quando la si tronca di traverso, il suo orificio continua a gemere sangue come se fosse un'arteria. In fine, se la infiammazione à invaso il tessuto cellulare circostante, questo si trova indurato, infiltrato di pus, aderente alla vena, la quale presenta spesso di distanza in distanza de' perforamenti che fanno comunicare la sua cavità agli ascessi del tessuto cellulare. Questa estensione della flemmasia alle parti circostanti (tessuto cellulare o parenchima) è tanto più facile in quanto che la vena è meno spessa ed è più intimamente aderente a' tessuti sottostanti: lo che spiega perchè la infiammazione si propaga sì frequente dalle vene uterine allo stesso utero.

La vena infiammata può rimanere intieramente permeabile: in questo caso il pus è trasportato nel torrente della circolazione a misura che si esala; quasi sempre però la cavità del vaso è ostruita dalle false membrane, e specialmente dalla organizzazione de' grumi, che alcuni anno avuto il massimo torto di considerare non solo come un fenomeno costante, ma come un fenomeno primitivo di qualunque infiammazione delle vene. Questi grigiastri, biancastri, fibrinosi all'esterno, sono umidi e rossastri all'interno; alcuni contengono sangue fluido del colore della feccia

(1) Traduction de l'ouvrage d'Hodgson sur les maladies des artères et des veines.

(2) *Revue médicale*, année 1825.

(3) *Archives*, t. 19.

(4) *Journal hebdomadaire*, année 1829.

(5) *Dictionnaire de méd. e de chirur. pratiques*, article *Phlébite*.

del vino, o pure alcun poco di pus grigiastro, che alcuni anno considerato siccome prodotto dalla infiammazione del coagolo: però è più ragionevole quando vuol considerarsi come una esalazione della vena, ed intrattenuto poscia dalla circolazione generale a causa della organizzazione de' grumi. Questi ultimi si attaccano più o meno intimamente alla vena, e ricoprono qualche volta esattamente tutta la superficie ammalata; in questo caso possono impedire che i prodotti di segrezione siano trasportati dal sangue; per poco però che il pus sia esalato in una certa quantità, il grumo è distaccato, o se il pus si spande nel suo interno, porta per conseguenza il distendimento e la rottura del sacco nel quale si è accumulato. Alcune volte i grumi, in vece di ricoprire tutta la superficie infiammata, esistono soltanto al limite superiore ed inferiore della suppurazione, che circoscrivono esattamente. Altre volte in fine si trovano molti grumi posti a certe distanze gli uni dagli altri, circoscrivendo le piccole collezioni purulenti, le quali spesso comunicano con certi focolari del tessuto cellulare mediante un perforamento della vena. In altri casi, l'obliterazione del vaso ammalato, in vece di essere prodotta da' grumi, emerge dall'aderenza intima delle pareti per effetto della infiammazione adesiva; questa è ordinariamente una circostanza favorevole; poichè le aderenze sono una barriera la quale resiste molto più de' grumi agli sforzi del pus. Questo accumulandosi nella vena, tende ad irrompere nella porzione sana della vena. Checchè ne sia quando la flebite non produce la morte, il grumo subisce molte trasformazioni: il pus si scolora e divien duro; la vena seguendolo a misura che si restringe, gli si fa più aderente, e finalmente forma un cordone fibroso impermeabile. Altre volte il grumo s'incanala, e la circolazione per un momento sospesa si ristabilisce: la vena offre soltanto a questo livello un calibro meno considerabile.

La flebite è più o meno estesa: quindi si vede la flemmasia invadere qualche volta una vena in tutta la sua lunghezza, come la safena interna; altre volte la malattia è circoscritta in un piccolo spazio, come 2 o 3 centimetri; io stesso ho osservato che la malattia avea colpito soltanto una parte della circonferenza del vaso: questo caso però è molto raro, e si osserva solo quando la vena è molto voluminosa.

Qualunque possa essere la vena ammalata, i caratteri della infiammazione sono da per tutto gli stessi; ma per distinguerli, bisogna che il vaso abbia un certo volume, che possa essere isolato e sia accessibile agli strumenti della dissecazione: ecco perchè torna impossibile poter determinare la infiammazione dei capillari venosi. La flebite però capillare del sistema osseo potrà sospettarsi per la esistenza di una lesione la quale, se non costituisce la malattia, almeno l'accompagna costantemente; in-

tendo parlare dello infiltramento purulento della membrana midollare, distinta specialmente nel tessuto spungioso delle ossa. Ciò si osserva facilmente rompendo l'osso con un martello o segandolo longitudinalmente. Io ho verificato questa lesione in tutti coloro che ho veduto perire in gran numero in seguito della infiammazione delle vene dopo l'amputazione delle membra.

Flebite uterina. — La flebite uterina, sì bellamente studiata da Dance, è un accidente comune nelle donne nel parto: essa occupa specialmente le vene vicine alla inserzione della placenta. La infiammazione può invadere un maggiore o minor numero di vene e di seni: non è raro di vederla limitata a' soli vasi di una delle metà laterali dell'organo; spesso poi, la flemmasia si propaga sin nelle vene ovarie ed in tutta la loro lunghezza. Soventi volte la infiammazione può guadagnare lo stesso tessuto dell'utero, il quale in questo caso si fa rossastro, rammolito, infiltrato di pus nella vicinanza delle vene ammalate. In questi casi, le pareti uterine sono molli, flaccide, e l'organo è conservato in generale un considerabile volume, avendo riguardo specialmente al tempo trascorso dopo il parto.

Flebite de' seni. — La flebite de' seni cerebrali, che il Signor Tonnelé ha fatto conoscere il primo, e sulla quale il Signor Bruce, di Liverpool, pubblicò un lavoro interessante nella *Gazette médicale de Londres* de 1840, è anatomicamente caratterizzata nello stesso modo della flebite delle vene, mediante le concrezioni sanguigne e pseudo-membranose, come pure per la segregazione del pus. Di più quando l'alterazione ha sede in uno de' seni principali, come il seno longitudinale superiore, si osservano nelle meningi e nel cervello le alterazioni che risultano dal disturbo recato alla circolazione cerebrale; quindi le vene della parte convessa sono protuberanti come se fossero state penetrate da un iniettamento artificiale; il tessuto sotto aracnoideo è infiltrato di siero; questo riempie più o meno i ventricoli; finalmente si trovano i versamenti sanguigni nelle meningi e nel cervello. Queste lesioni secondarie però mancano nella maggior parte de' casi della infiammazione de' seni, il che si spiega facilmente quando si porrà mente che le vene cerebrali, benchè distinte al punto in cui s'immettono ne' seni, si anastomizzano le une colle altre alla loro origine, e siccome sono prive di vavole, così possono supplire le une per le altre, in guisa che per intercettare la circolazione venosa del cervello, bisognerebbe che tutti i seni fossero contemporaneamente oblitterati.

Ascessi consecutivi. — Nella maggior parte di quelli che muoiono dietro una flebite, indipendentemente dalle lesioni locali che abbiamo enumerate, si osservano molte altre alterazioni, delle quali le più distinte e le più frequenti sono gli ascessi multiplici (detti *metastatici*) i quali si formano ne' principa-

li organi della economia. Si osservano frequentemente in preferenza ne' polmoui, quindi nel fegato e nella milza. Vengono in seguito, per ordine di frequenza, gli ascessi de' reni, del cervello, del tessuto cellulare, quelli de' muscoli (specialmente i muscoli del polpaccio), delle articolazioni e del cuore. Gli ascessi metastatici non solo si formano negli organi più vascolari, ma si manifestano specialmente nella porzione di quegli organi la quale contiene un numero maggiore di vasi; quindi nel cervello e ne' reni non invadono quasi mai se non che la sostanza corticale di questi organi. Se il viscere è doppio (come il polmone), si rinvencono in quello che trovasi più voluminoso; e se trovasi diviso in molti lobi (come il fegato ed i polmoni), esistono in preferenza nel lobo più grosso. In fine qualunque possa essere la loro sede, questi ascessi occupano specialmente la superficie de' visceri; lo che spiega che la loro presenza nei polmoni coincide spessissimo con un versamento purulento delle pleure. Se la peritonite è un accidente più raro degli ascessi metastatici del fegato, ciò dovrebbe attribuirsi alla capsula di Glisson, la quale impedisce la propagazione della flemmasia alla sierosa addominale. Gli ascessi de' polmoni, del fegato e de' reni, offrono a poco presso gli stessi caratteri anatomici. Il loro punto di partenza è una ecchimosi, un infiltramento sanguigno, ed il più delle volte una specie di apoplessia. Questo liquido intimamente combinato co' tessuti, forma de' noccioli duri, i quali possono acquistare il volume di una grossa noce quando anno luogo nel polmone e nel fegato, e di un'avellana quando anno sede ne' reni. Questi noccioli presentano al taglio una superficie uniforme, d'un color nero più carico nel centro che nella periferia. Ad un'epoca più avanzata però si scovrono quà e là de' punti opachi e purulenti i quali addiventano vieppiù manifesti; finalmente il nocciolo, rammollendosi dal centro alla periferia, si converte in fine in un ascesso il cui pus è generalmente bianco, denso flemmonoso, nel fondo del quale si osserva, dicono, una o molte piccole vene infiammate e suppurate, sebbene questa disposizione non è ancora evidentemente osservata. Il più delle volte si rinvencono nello stesso individuo i differenti gradi di alterazione che abbiamo descritta.

Gli ascessi della milza poi sono larghi, irregolari, formati da un miscuglio di pus, di sangue, e di detritus dell'organo: queste differenze trovano la loro spiega nella tessitura di questo viscere. Gli ascessi del cervello sono sempre estremamente piccoli; consistenti quasi sempre in un maggiore o minor numero di gocce di pus, che infiltrano la sostanza corticale. Gli ascessi de' muscoli sono molto analoghi a quelli de' polmoni e del fegato. Qualche volta avvi soltanto un ingorgo sanguigno; altre volte il pus è infiltrato nell'interstizio delle fibre, e ciò a sem-

pre luogo pel tessuto del cuore. Ne' muscoli però delle membra, spesso avvi distruzione della stessa fibra muscolare. In fine, il pus il quale occupa frequentemente le articolazioni, è bianco flemmonoso, e non è quasi mai accompagnato da alcuna alterazione distinta nella sinoviale.

Stato del sangue. — Oltre a questi disordini, il sangue rassomiglia al gelato dell' uva spina; molte volte si è veduto misto a' globoli di pus: questi non solo sono stati distinti mediante il microscopio, ma pur anche ad occhio nudo; quindi è che ne' casi di flebiti traumatiche della gamba, o potuto osservare il pus nella vena crurale ed iliaca. Finalmente i cadaveri di questi individui si putrefanno sollecitamente, e, come giustamente è osservato il Signor Bérard, tutte le parti esalano spesso un odor purulento.

Teoria. — Da quel che abbiamo detto, è certo che il pus stagnato nella vena può mischiarsi al sangue ed alterarlo. In vano il Signor Tessier à voluto oppugnare in questi ultimi tempi un simil fatto, il quale non è meno perfettamente stabilito per noi e per tutti coloro i quali ànno disseccato accuratamente le vene infiammate; mi basterà citare perciò i signori Blandin, Bérard, Velpeau, Dance, Cruveilhier, Breschet, ec. Se qualche volta osservasi la porzione della vena affetta inatta alla circolazione per effetto de' grumi aderenti, non risulta però come legittima conseguenza, che in questi casi, il pus non sia misto al sangue; poichè questo miscuglio à potuto succedere prima che la organizzazione de' grumi avesse luogo, o pure questi, esistendo sin dallo sviluppo, ànno potuto distaccarsi e rompersi ad una certa epoca, e permettere il passaggio al pus: in fine, la infezione à potuto succedere per mezzo delle collaterali. Quindi in ogni flebite, può aver luogo la infezione del sangue per effetto del pus segregato nella vena, e quest' alterazione consecutiva alla quale il sangue va soggetto, determina tutti gli altri accidenti i quali caratterizzano il secondo periodo della malattia, e spiega in oltre la formazione di tutte le raccolte purulenti che abbiamo incontrate nella maggior parte degli organi. Nella flebite, non solo avvi trasporto meccanico del pus della vena nelle altre parti, ma bisogna pur anche ammettere, col Signor Dance, che il sangue viziato, infetto, è capace di produrre delle infiammazioni disseminate affatto speciali, le quali terminano rapidamente colla suppurazione, o pure possiamo supporre, col Signor Cruveilhier, che il pus, non essendo eliminato, agisca come un vero corpo estraneo, il quale formandosi in certi capillari, l' infiamma e stabilisce degli ingorghi sanguigni, e tosto degli ascessi. Queste due teorie sono le sole le quali ragionevolmente possono ammettersi e sostenersi a' giorni nostri.

Sintomi, corso, durata, esiti. — I sintomi della flebite si distinguono in *locali* e *generalì*. La vena infiammata è la sede di un vivo dolore. Se il vaso è superficiale, si tocca un cordone duro, doloroso, ineguale, rosso; se poi è profondo, si scorge soltanto una resistenza, una tensione dolorosa, la quale siegue esattamente il tragitto della vena. La parte affetta difficilmente si muove, e per poco che la vena sia voluminosa, e che l'alterazione occupi una certa estensione, esiste un edema più o meno considerabile in ragione dell'ostacolo che prova la circolazione. Finalmente a questi sintomi locali si aggiunge un mal'essere, la cefalalgia, l'inappetenza, la sete ed un movimento febbrile, continuo o remittente. La flemmasia è primitivamente circoscritta alle parti affette; il più delle volte però si propaga a novelli punti, e segue il senso della circolazione venosa, cioè camina da' capillari verso il cuore; però questa regola soffre numerose eccezioni. L'infiammazione guadagna pur anche molte ramificazioni della vena, e qualche volta si estende alle vene vicine per mezzo delle anastomosi. Dopo alcuni giorni però, quando il sangue è stato alterato pel miscuglio del pus, si veggono manifestare novelli sintomi i quali caratterizzano il secondo periodo della malattia, detto periodo d'*infezione*.

In questo stato i malati si lagnano di freddi irregolari, che si manifestano qualche volta periodicamente; sono seguiti da calore vivo ed arido, e spesso da sudori abbondanti. Il malato è inquieto, agitato; egli è tormentato da sogni; tosto un disturbo nelle facoltà mentali si appalesa, poi un delirio continuo. La faccia demagrata, è pallida, giallastra, terrea, alterata: i lineamenti esprimono la stupidità, l'imbecillità; gli occhi sono circondati da un cerchio; la lingua è arida, fuliginosa, tremolante; vi sono spesso scarichi ventrali fetidi; il polso è piccolo, debole, e le forze sono prostrate. In mezzo a questi fenomeni spesso compariscono su i diversi punti del corpo, nel tessuto cellulare, o nella compage de' muscoli, gli ascessi de' quali abbiám parlato. In altri è un'itterizia che invade tutto il corpo con molta rapidità, la quale coincide il più delle volte colla formazione degli ascessi metastatici del fegato: altri ammalati si lagnano di dolori vivi, atroci, pungenti in molte articolazioni, le quali il più delle volte, in questo caso, si riempiono di pus. In fine, in alcuni altri individui, si veggono sopravvenire i segni di una pleurisia perperacuta, o pure avvi tosse secca, oppressione, dispnea, fenomeni tutti i quali si rannodano qualche volta alla formazione di noccioli sanguigni o di ascessi metastatici de' polmoni: molti in fine, presentano delle escare e delle pustole alla pelle, ed in mezzo a questo insieme di sintomi i malati periscono. La morte à luogo comunemente

nel corso o verso la fine del terzo settenario. Si è verificata dopo tre giorni in due casi, uno riportato dal Signor Bouillaud, l'altro dal Signor Tessier. Se la malattia deve avere un esito felice, la miglìoria si presenta prima della manifestazione dei sintomi d'infezione; allora gli accidenti generali e locali diminuiscono a poco a poco d'intensione. La convalescenza si stabilisce prontamente; le parti ripigliano più o meno lentamente il loro stato normale; alcune volte conservano per lungo tempo, spesso per tutto il corso della vita, un volume più considerabile il quale dipende da un leggiero infiltramento sieroso o da una semplice turgescenza sanguigna, che spiegasi per la obliterazione della vena principale e per la insufficienza della circolazione collaterale. Quando l'infezione del sangue à avuto luogo e si è manifestata con i sintomi che le sono propri, la morte è l'esito quasi necessario della malattia; si citano però alcuni casi di guarigione: uno de' più considerabili conosciuti sin ora è quello riportato negli *Archives* del 1843 dal Signor Vidal (de Cassis). La morte degl'individui à luogo quando la flebite produce l'infezione del sangue o le lesioni consecutive. Ben diversa dall'arterite, la flebite raramente produce la cangrena delle parti.

Varietà per la sede. — I sintomi di questo secondo periodo sono assolutamente gli stessi, qualunque possa essere d'altronde la sede della flebite; non però succede così de' sintomi locali, i quali differiscono tra loro secondo la vena affetta. Tutto ciò che precedentemente è detto si applica alle vene delle membra; ma i sintomi locali mancano più o meno completamente nelle infiammazioni delle vene splancniche, come la vena cava, la porta, l'iliaca o l'ipogastrica, ec. Se poi l'obliterazione di questi vasi è completa, si osserverà spesso, secondo la vena affetta, un versamento sieroso nelle membra, nelle pareti del tronco e nella cavità addominale; questi accidenti, ravvicinati a' sintomi generali d'infezione, potranno far diagnosticare la natura e qualche volta anche la sede della malattia.

La flebite delle vene uterine, la quale osservasi soltanto dopo il parto, è spesso accompagnata da alcuni sintomi locali, de' quali però nessuno è caratteristico: così, l'utero cessa di contrarsi su di se stesso; l'organo rimane voluminoso e protuberante all'ipogastrio; la lochiazione è fetida e meno abbondante. Qualche volta è però veduto mancare tutti questi fenomeni. Quindi non è raro che l'utero, abbenchè le sue vene siano infiammate, ritorni a poco presso al suo volume ordinario; la pressione ipogastrica ed il tatto non risvegliano molte volte alcun dolore; i lochi sono regolari come al solito. Il solo fenomeno morboso che si osserva in questo caso è una febbre spesso moderata, ma continua, la quale presenta delle esacerbazioni più o meno regolari; alla fine però di qualche tempo

vi manifestano i segni della infezione, i quali per se soli fanno distinguere la natura della malattia ed i suoi pericoli.

La infiammazione de' seni cerebrali può essere affatto lenta, senza presentare alcun sintomo generale di assorbimento. Quando però uno de' seni principali trovasi obliterato, succede qualche volta un infiltramento sieroso o sanguigno delle meningi, dei versamenti apopletici e de' rammolimenti rossi, le quali lesioni producono la cefalalgia, la sonnolenza, il coma, le convulsioni, la paralisi, ec.: confessiamo però la impossibilità in cui ci troviamo di poter risalire alla vera causa di simili accidenti durante la vita.

Diagnosi. — Da quel che abbiamo detto chiaro apparisce che la infiammazione che non assale affatto una vena superficiale, che la flebite uterina, per esempio, può essere diagnosticata soltanto per i sintomi generali d' infezion purulenta. In fatti, quando nel corso di un apparato febbrile continuo; il quale esiste da sette o otto giorni, compariscono freddi irregolari, delirio, prostrazione ed una tinta itterica della pelle, bisognerà temere una infezione del sangue per effetto della materia purulenta; questi timori acquistano maggior fondamento quando a questi sintomi si uniscono i dolori articolari; finalmente ogni dubbio svanisce quando molti ascessi si sviluppano sulle diverse parti del corpo.

Il delirio potrebbe far confondere sino ad un certo punto una flebite con un' affezione cerebrale; il corso però della malattia non permetterà un simile errore. Moltissime differenze esistono pure tra la flebite e la febbre tifoidea perchè un uomo esperto non potesse confonderle. In fatti, se la prostrazione, il subdelirio, la stupidagine, l' aridità della lingua, sono sintomi comuni alle due malattie, nella sola febbre tifoidea però si osserva il meteorismo, il gorgogliamento della fossa iliaca, la tumefazione della milza, l' eruzione lenticolare, il rantolo sibilante nel petto, oltre poi i lumi che ci saranno somministrati dal corso comparativo delle due malattie e da' sintomi dello sviluppo, come la cefalalgia e l' epistassi, le quali appartengono soltanto alla febbre tifoidea. I freddi spesso periodici e la regolare esacerbazione de' sintomi potrebbero anche far confondere la flebite colla febbre remittente. Nella prima però, oltre che l' apiressia non à mai luogo, ed esiste sempre un apparato febbrile continuo con esacerbazioni più o meno regolari, esistono in oltre tutti i sintomi generali propri degli assorbimenti purulenti. Se la mancanza di qualunque sintomo locale impedisce qualche volta di poter determinare la sede precisa della malattia, certi commemorativi possono avere un gran valore: quindi i segni d' infezione manifestandosi nel corso dello stato puerperale o in seguito di una operazione cruenta praticata sull' utero, indicano

che la infiammazione occupa le vene di quest' organo o quelle del cavo della pelvi. Così pure la conoscenza di una piaga del cranio che avrebbe preceduto la manifestazione de' segni d' infezione purulenta, farà supporre una flebite delle vene del pericranio o de' seni del diploide.

Pronostico. — La flebite è malattia gravissima, ed il pericolo è in rapporto colla estensione della flemmasia. La infiammazione delle vene delle membra è meno grave di quella delle vene splancniche; quella che si manifesta spontaneamente è più pericolosa di quella prodotta da una causa esterna. Il Signor professor Forget à sostenuto, nella *Gazette médicale de 1847*, una contraria opinione. La obliterazione del vaso è una favorevole circostanza, poichè diminuisce gli avvenimenti della infezione del sangue, la quale è un accidente quasi sempre mortale.

Etiologia. — Non esiste alcuna delle vene principali del corpo che non sia stata più o meno frequentemente infiammata. La flebite è raramente spontanea; il più delle volte à luogo in seguito di qualche causa meccanica. Quindi la flebite delle membra, che è più frequente, è sempre prodotta da qualche violenza esterna, come una contusione, una lacerazione della vena, o una puntura cou uno strumento sporco, ruginito, o impregnato di una materia putrida animale. Quindi è che la infiammazione delle vene della piegatura del braccio e della safena interna è frequentissima in seguito della flebotomia, quando questa si esiegue con una lancetta poco atta, o quando l'ammalato à fatto uso del braccio, prima che la cicatrice della vena fosse ben stabilita, o anche quando la piaga è stata irritata pel contatto di qualche corpo estraneo. Le punture anatomiche o la immersione d' una parte denudata ed escoriata in un liquido putrido, come l' acqua delle macerazioni anatomiche, o i versamenti purulenti sono cause attivissime della flebite, le quali uccidono tutti gli anni molti colleghi a Parigi. Finalmente si conosce che la flebite è l' accidente più pericoloso dopo le grandi operazioni e generalmente dopo le soluzioni di continuo. La semplice contusione della vena è più spesso la causa delle flebiti le quali ordinariamente passano inosservate durante la vita. Ciò osservasi più frequentemente per le vene che si appoggiano sulle ossa, e che in ragione di questa circostanza provano più fortemente gli effetti dell' urto. Quindi abbiám veduto alcune volte una contusione della testa produrre una infiammazione delle vene del pericranio, o pure de' seni dello stesso diploide: così vedendo che gli accidenti di assorbimento purulento si sviluppano in un individuo che gode di una florida salute, e che non esiste in alcuna parte un focolaro di suppurazione, bisognerà, collo studio de' commemorativi e coll' attenta osservazione di tutta la superficie del corpo e particolarmente dal cranio, assicurarsi se

qualche traccia di contusione esiste la quale potrebbe essere il punto di partenza della malattia. Finalmente la flebite delle vene uterine, che uccide la maggior parte delle donne dopo il parto, deve considerarsi come una infiammazione traumatica. In fatti conosciamo che, dopo l'uscita della placenta, le vene gemono sangue per qualche tempo nel fondo dell'utero, e sono spesso penetrate da materie putride, saniose purulenti, le quali bagnano la cavità uterina. In ultimo la flebite può essere l'effetto della propagazione della malattia d'un organo vicino alla vena: quindi vedremo in prosieguo quanto la infiammazione delle vene sia un accidente comune attorno de' tumori encefaloidi; il signor dottor Bruce à pure stabilito che la flemmasia di alcuni de' seni, per esempio, de' seni laterali, era spesso consecutiva della otorrea purulenta.

Cura. — Nel primo periodo della flebite, la cura sarà tutta antiflogistica. Se la reazione febbrile è viva, il polso forte e resistente, si praticheranno uno o molti salassi. Quando la vena è superficiale, si applicherà sul suo tragitto un gran numero di sanguisughe; la parte sarà coperta di cataplasmi emollienti, e la s'immergerà molte volte al giorno in un bagno tiepido. Torna pur anche vantaggioso, a quest'epoca, l'uso delle unzioni mercuriali praticate sulla vena infiammata. Il Signor Pasquier consiglia in questi stessi casi, i fumenti narcotici (decozione di altea e di papavero 2 litri, estratto tebaico, 4 gramme). Si cercherà per quanto più è possibile di vedere se qualche punto fluttuante esistesse sul tragitto della vena; poichè scorgendolo, bisognerebbe inciderlo trasversalmente, e dare uscita alla suppurazione, per prevenirne il passaggio nel corrente della circolazione. La infezione del sangue mediante il pus segregato dalla vena è un pericolo sempre imminente nel corso della flebite; perciò alcuni nello scopo di prevenirlo, specialmente Reil, Abernethy ed il Signor Velpeau, hanno consigliato di comprimere la vena agli estremi della infiammazione verso la parte del cuore, per così stabilire un'aderenza delle pareti o la formazione dei grumi fibrinosi, o pur anche per mettere un ostacolo al passaggio del pus, mediante l'abbassamento meccanico del vaso. Abbiamo molte volte tentato questo mezzo e con successo. Altri hanno raccomandato il taglio trasversale del vaso; questo mezzo però è insufficiente, ed è anche pericoloso, servendo spesso di stimolo al lavoro infiammatorio. Potrebbe forse dirsi lo stesso del processo del Signor Bonnet di Lyon, il quale consiste nel applicare il ferro ruente lungo la vena infiammata, nello scopo di provocare una infiammazione adesiva; lo decideremo dopo un'altra esperienza. Nonostante qualunque mezzo (però, il pus finisce sempre coll'infettare il sangue mediante la circolazione collaterale. Quando i sintomi della infezione si sono manifestati,

l'ammalato è in preda ad una morte quasi certa. Tutti i mezzi sin ora impiegati sono tornati inutili, come le emissioni sanguigne, i tonici, e particolarmente la china-china, i bagni, le abluzioni, i vescicanti, gli evacuant, e particolarmente i purganti, gli eccitanti diffusivi, i mercuriali; finalmente i controstimolanti. Dunque bisogna cercare negli altri agenti delle risorse contro questo accidente. L'esperienza non ancora pronunciata il suo giudizio sul valore di un medicamento recentemente proposto dal Signor Tessier; intendo parlare dell'alcoolatura di aconito che questo medico amministra alla dose di 2 a 4 gramme mista alla tisana. L'aconito agirebbe, secondo lui, non come uno specifico, ma come l'emitico ad alta dose agisce nella pneumonia. (*Gazette médicale*, année 1846).

DELLE INFIAMMAZIONI DEL SISTEMA LINFATICO

Ognun sa che il sistema linfatico è composto di vasi e di gangli, e noi studieremo successivamente l'infiammazione in questi due ordini di organi.

DELL'ANGIOLEUCITE

Sinonimia. — Linfatite, linfite, linfangite.

Ad epoche differenti gli autori hanno considerato la infiammazione del sistema linfatico siccome la sorgente d'una moltitudine di malattie acute e croniche; la maggior parte però di queste opinioni non avevano per base alcuna severa osservazione. Solamente in questi ultimi tempi questo punto della scienza è stato convenevolmente studiato. Le conoscenze precise che possediamo sono dovute in gran parte ai travagli de' signori Andral, Cruveilhier, Tonnelé, Duplay, Nonat, e specialmente alle ricerche del Signor Velpeau, il cui travaglio importante inserito negli *Archives* de 1836, è stato riprodotto da tutti coloro che hanno trattato la stessa quistione.

Anatomia patologica. — I vasi linfatici i quali addivengono la sede di una infiammazione acuta si aumentano di volume e sono visibili ad occhio nudo. Essi si manifestano allora sotto forma di cordoni bianchi o rossastri, gonfi, ineguali, e che possono eguagliare pel volume una penna di corvo. In generale sono distesi da un pus flemmonoso, omogeneo; la loro superficie interna è qualche volta rivestita da una falsa membrana; spesse volte le loro pareti sono rosse, dure, friabili, spessite; non si abbassano più quando si punge il vaso e si vuota del pus che contiene. Il più delle volte, il vaso linfatico continua ad essere permeabile, ma spesso è oblitterato da una fal-

sa membrana o dall' adesione delle pareti tra esse. Simili obliterazioni sono state molte volte osservate sopra una parte dello stesso canale toracico, la quale in questo caso si era trasformata in un cordone fibroso. In molti casi, il pus esiste ne' vasi linfatici, senza poter provare alcuna lesione manifesta nella porzione corrispondente di questi organi. Ciò si osserva frequentemente ne' linfatici dell' utero e del bacino in quelle donne che muoiono dietro una febbre puerperale. In questi casi si è inclinato ad ammettere che il pus era semplicemente penetrato nei vasi mediante l' assorbimento; e bisogna confessare che questa opinione è quasi sempre giustificata dalla presenza di un focolo purulento esistente nell' organo vicino, o pure trovasi un principio d' infiltrazione purulenta nel tessuto cellulare; ciò è dimostrato, per esempio, spessissime volte in quelle donne morte in conseguenza di una peritonite puerperale. Raramente si osservano gli ascessi metastatici in quelli che muoiono dietro una angioleucite: però il signor Velpeau sembra aver molte volte osservato questi ascessi in gran numero ed in piccolo volume tanto nei polmoni, quanto nel fegato. Il sangue trovato nel cuore e ne' vasi, ordinariamente è nerastro e sciolto.

Nello stato cronico l' angioleucite è caratterizzata dallo induramento, e dallo spessamento delle pareti; i linfatici presentano allora di distanza in distanza, de' nodi prodotti dallo induramento delle valvole; altre volte, ma più di raro, esiste la suppurazione. Astley Cooper, ne à riportato un esempio. Finalmente l' ostruzione e la obliterazione de' condotti sono il risultato frequentissimo dell' angioleucite cronica.

Sintomi, corso. — Quando la infiammazione occupa i vasi linfatici superficiali, si scoliscono alla superficie della pelle delle strie, delle fettucce o delle semplici piastre, le quali variano pel colorito da quello della rosa al rosso del vino o violaceo. Queste linee sono irregolari, tortuose e circoscrivono alcuni spazi più o meno grandi della pelle sana. Essi occupano una estensione più o meno considerabile; alcune volte si estendono su tutta la lunghezza di un membro, e quasi sempre riconoscono per punto di partenza un' alterazione de' tegumenti, siccome una piaga, una flemmasia, o una suppurazione qualunque. Il più delle volte la linfite esordisce vicino a queste lesioni; non è però raro che i primi arrossimenti si mostrino in un punto più o meno lontano. Questi arrossimenti possono esistere in modo uniforme, o pure a guisa di piastre risipelacee, le quali non tardano ad infrastagliarsi; dapprima rare e disseminate, tosto si riuniscono, si confondono tra loro, e formano un arrossimento eguale, il quale offre tutti i caratteri di una resipola ordinaria. La parte affetta è la sede di un dolore scottante, che il Signor Velpeau à paragonato ragionevolmente a

quello della insolazione; esso si esacerba sempre sotto il tatto; comunemente esiste un gonfiamento per lo più poco considerabile e come edematoso; finalmente i gangli a' quali i linfatici infiammati si uniscono sono quasi sempre dolorosi e gonfi.

Quando la infiammazione assale primitivamente lo strato profondo de' vasi linfatici, secondo il Signor Velpeau, il dolore è quello che prima fissa l'attenzione del medico; esso è profondo, pungente o lancinante, è fisso ma disseminato in focolari e di una ineguale intensità ne' differenti punti. Maneggiando la parte le sofferenze si esacerbano di molto, e si osservano profondamente de' punti duri, dolorosissimi, i quali sollevano la pelle; esiste spesso un gonfiamento duro di tutta la parte, ma edematoso. La pelle è tesa, lucida, bianca, o di rosa pallida; essa addiviene rossa resipelatosa, quando la flemmasia si propaga ai linfatici superficiali.

I sintomi generali dell' angioleucite si limitano il più delle volte ad alcuni brividi, ed uno stato di mal' essere, i quali ne indicano lo sviluppo; la febbre è più o meno viva; avvi sete, inappetenza e qualche volta vomiti. Questi sintomi appartengono esclusivamente alla flemmasia; se ne osservano altri però dipendenti dalla infezione, del sangue tali sono il delirio, la prostrazione, la lingua fuliginosa, il polso piccolo, ec. Simili accidenti però sono molto rari, poichè i gangli linfatici i quali sono essi stessi infiammati, il più delle volte oppongono una barriera insormontabile al pus, ed impediscono che questo liquido penetrasse nel sistema venoso. Questo risultato del quale il Signor Bérard, contrasta la possibilità, qualche volta però sembra aver avuto luogo; almeno molti fatti raccolti dal Signor Velpeau lo dimostrano. Intanto questa infezione differisce da quella la quale à luogo dietro una flebite, in quanto che succede lentamente: quindi i sintomi che la caratterizzano non sono mai ne così gravi, ne così rapidi quanto quelli della infiammazione venosa. Bisogna però eccettuare i casi in cui la malattia à avuto luogo dietro la introduzione di una materia settica; quindi è che molti individui i quali periscono dietro una puntura anatomica incominciano a provare un' angioleucite la quale è tosto accompagnata dagli accidenti più terribili degli assorbimenti purulenti, senza che l'autopsia mostri alcuna infiammazione palpabile delle vene.

Esiti. — L' angioleucite può risolversi; ciò si avvera il più delle volte quando la infiammazione affetta soltanto un piccolo numero di vasi superficiali. Ne' casi contrari, la malattia passa alla suppurazione, ed allora il pus si trova infiltrato o riunito a guisa di collezioni più o meno vaste. Si dice pure che la flemmasia poteva terminare coll' induramento e colla gangrena; questo punto non è ancora ben dimostrato. Nulla si conosce sulla

forma cronica della malattia. L'opinione del Signor Alard, il quale considera l'elefantiasi siccome l'effetto dell'angioleucite cronica non è poggiata sopra alcun fatto di anatomia patologica alquanto concludente.

Durata. — L'angioleucite è una durata variabilissima; quando la malattia occupa soltanto un piccolo numero di vasi superficiali, può risolversi completamente dal quarto al quinto giorno; altre volte la flemmasia si aumenta fino al settimo o all'ottavo giorno, ed in questo caso la guarigione è luogo verso il ventesimo giorno ed anche più tardi. A questa istessa epoca accade la morte quando la malattia deve avere un esito funesto.

Diagnosi. — L'angioleucite potrà solamente confondersi colla flebite, la resipola, e l'eritema nodoso. Differisce dalla flebite in quanto che questa presenta un cordone più duro, più grosso, più doloroso, più profondo, che ha sede sul tragitto di una vena. Non si osserva affatto gonfiamento de' gangli vicini; in fine i sintomi d'infezione si manifestano più frequentemente e sieguono un rapido andamento. La resipola differisce dall'angioleucite mediante una rossezza uniforme che occupa un certo spazio, accompagnata da durezza del derma, e spesso dalle flutteni. L'eritema nodoso è quello che più rassomiglia all'angioleucite; si distingue però dalle piastre per un colore più carico e più superficiale, ed offrono alla pressione una cedevolezza a poco presso fluttuante e costantemente terminano colla risoluzione.

Pronostico. — L'angioleucite termina quasi sempre felicemente; alcune volte però può avere un esito funesto; lo che si osserva quando è luogo l'assorbimento di un principio settico, siccome lo si osserva spessissimo dietro le punture anatomiche. La suppurazione termina funestamente, perchè produce de' sintomi d'infezione.

Etiologia. — L'angioleucite è malattia quasi sempre consecutiva; il più delle volte è luogo dopo le ferite della pelle e specialmente quando sono state irritate, o prodotte da qualche istrumento infetto; si manifesta pur anche dietro le contusioni o spontaneamente in vicinanza delle parti infiammate, forse in seguito dello assorbimento de' principi morbifici formati ne' tessuti ammalati.

Cura. — L'angioleucite richiede gli stessi mezzi della flebite. I salassi locali, i bagni tiepidi, ed i cataplasmi emollienti sono oltremodo indicati ai quali si uniranno le unzioni mercuriali. I vescicanti volanti sono indicati, quando la flemmasia rimasta stazionaria, trattasi di stabilire una risoluzione o una suppurazione rimasta sin allora incerta. In fine in questi casi ed anche sin dallo sviluppo, si potrà usare la compressione, quando la angioleucite è superficiale. Se i fenomeni d'infezione si manifestano, l'arte non possiede alcun mezzo per combatterla. (Vedi *Flebite*).

**DELL' ADENITE O INFIAMMAZIONE DE' GANGLI
LINFATICI**

I gangli linfatici s' infiammano molto più frequentemente de' vasi bianchi.

Caratteri anatomici. — In un primo grado, il tessuto del ganglio è gonfio, rossastro, rosso bruno, umido e friabile; può anche rammollirsi e sciogliersi nella stessa guisa della milza nelle febbri tifoidee. Ad un' epoca anche più avanzata, si rinviene il pus sparso, infiltrato, poscia riunito in uno o in molti focolari. Si è preteso, che nell' adenite, l' infiammazione occupava il tessuto cellulare interstiziale, opinione in favor della quale s' invoca la possibilità di far passare il mercurio da' vasi assorbenti ne' vasi esalanti attraversando i gangli infiammati; questo fatto però non è ancora sufficientemente stabilito, ed anche che ciò fosse, non menerebbe ad una certa conseguenza.

Sintomi. — Quando il ganglio s' infiamma, il suo volume si aumenta, s' indura ed addiviene la sede di dolori continui e lancinanti; un tumore flemmonoso e protuberante finalmente si forma, e la pelle tosto prende parte alla flemmasia. Questa può finire per risoluzione o essere seguita da suppurazione, da induramento, raramente da cangrena. Quando questa malattia è semplice, termina quasi sempre felicemente, e torna superfluo il dire che qui intendo parlare soltanto dell' adenite esterna e di quella che non si liga ad alcuno stato generale grave.

Etiologia. — La infiammazione de' gangli linfatici è quasi sempre sintomatica di una infiammazione che à sede in parti più o meno lontane. Quindi i gangli sottomascellari e quelli delle parti laterali del collo s' ingorgano, e s' infiammano nelle malattie del cuoio capellato, nella resipola e le ulcere della faccia, ne' casi di stomatite, di difficile dentizione, di angina cotenno-sa. La infiammazione de' gangli ascellari riconosce ordinariamente per causa, una escoriazione, una puntitura al dito, una piaga, una causa irritante sulle pareti del petto. Finalmente la flemmasia dell' inguine è ordinariamente consecutiva ad una malattia degli organi genitali esterni o a qualche infiammazione d' un membro inferiore, come una soluzion di continuo, una pressione eccessiva del piede per la calzatura troppo stretta. I gangli collocati nelle cavità spalnchniche non s' infiammano affatto se non consecutivamente; tali sono i gangli bronchiali sì soventi volte alterati nella pneumonia, i gangli mesenterici ne' casi di febbre tifoidea ed anche nella dissenteria. Qualche volta però la infiammazione de' gangli può essere assolutamente primitiva senza che alcun cambiamento palpabile possa essere osser-

vato nelle parti vicine : ciò osservasi, per esempio, qualche volta per la resipola , e lo abbiamo pur anche veduto nella peste. Una forte pressione , de' fregamenti continui esercitati sopra una regione fornita di gangli possono infiammarli. Quindi dal rapporto del Signor Follet (*Gazette médicale* 1844) si rileva che i soldati giovani sarebbero spesso affetti da ingorghi sotto-mascellari, che secondo lui dipenderebbero dallo strofinio di un collo troppo duro.

Cura. — L' adenite acuta esige a poco presso lo stesso metodo di cura del flemmone , cioè i salassi , i bagni , i cataplasmi. Se la suppurazione si manifesta , bisogna pungere l' ascesso subito che la presenza del pus è dichiarata. I vescicanti , che alcuni impiegano per favorire la risoluzione dello ingorgo o l'assorbimento del pus , mi son sembrati di niun vantaggio. Se l'induramento persiste nello stato cronico , bisognerà impiegare i fondenti , i risolvendi sotto forma topica o per frizioni (pommate di jodo , di mercurio , ec.).

INFIAMMAZIONI DELL' APPARATO DELLA INNERVAZIONE

DELLA MENINGITE CEREBRALE.

La parola *meningite* è una espressione collettiva la quale serve ad indicare la simultanea infiammazione dell' aracnoide e della pia madre , mentre le parole *Arachnitis* o *Aracnoidite* e quella di *pia-merite* presentano l' idea di una infiammazione circoscritta all' aracnoide ed alla pia madre , ciò che d' altronde è estremamente raro. Noi non dubitiamo che la dura madre possa infiammarsi *primitivamente*, e se i fatti riportati da Abercrombie presentano qualche dubbio , non però così succede di quei due consegnati nel lavoro del Signor dottor Albers di Bonn (*Gaz. méd.* 1833) ; ma siccome essi si rapportano alla dura madre spinale , così ci siam proposti di trattarne in prosieguo. Se la infiammazione primitiva della dura madre è ancora un fatto dubbio per molti autori , la maggior parte però è di avviso che questa membrana può infiammarsi consecutivamente ad un' alterazione delle ossa del cranio. Diciamo però che sino a questo momento , nessun sintomo capace di distinguere con certezza una simile alterazione , è stato ancora osservato.

Storia e divisioni. — Sotto il nome di *phrenitis*, gli antichi autori hanno confuso la infiammazione delle meningi , quella del cervello e molti deliri puramente sintomatici : oggi però queste malattie , distinte sul cadavere , lo sono pur anche quasi sempre sull' uomo vivente. Nel corso dell' ultimo secolo , ed anche

in questi ultimi tempi, alcuni autori, un poco troppo preoccupati del versamento sieroso che osservasi spesso nella meningite, considerarono quest' alterazione siccome il carattere fondamentale di una malattia speciale che chiamavano *idrocefalo acuto*. Oggi però non cade dubbio che tutte le osservazioni d' idropisie acute del cervello sin ora pubblicate debbono riportarsi alla meningite o alla meningo-encefalite. In fine le ricerche de' moderni hanno anche dimostrato, che tanto sotto il punto di vista anatomico quanto patologico, bisognava distinguere due specie di meningiti confuse sin a questi ultimi tempi; nell' una avvi prodotto di granulazioni particolari di natura tubercolosa, che hanno sede nel tessuto cellulare sotto aracnoideo; nell' altra poi, si osservano solamente i caratteri propri delle infiammazioni del tessuto sieroso. In questo luogo tratteremo soltanto di quest' ultima, che considereremo nello stato acuto e cronico, mentre della prima varietà ne parleremo quando ci faremo a trattare della malattia tubercolosa. La meningite tale quale la comprendiamo in questo articolo è stata l' oggetto di alcuni importanti lavori; citeremo in particolare quelli de' signori Andral e Guersant, come anche la buona monografia pubblicata nel 1821 da Parent-Duchâtelet e dal Signor Martinet.

Caratteri anatomici. — Il semplice iniettamento della pia madre, coincidendo con una particolar secchezza e lo stato glutinoso dell' aracnoide, è stato considerato da alcuni autori siccome appartenente al primo periodo della meningite. Queste lesioni però non sembrano sufficienti per poter caratterizzare una flemmasia delle meningi; d' altronde basta che questa persista per alcune ore soltanto perchè tosto si manifestino le alterazioni di nutrizione e di segrezione, le quali non lasciano alcun dubbio sul carattere della malattia.

L' iniettamento vivo che osservasi sulla superficie del cervello à sede esclusivamente nella pia madre, o nel tessuto cellulare sotto aracnoideo: esso non penetra forse mai l' aracnoide, la quale è sempre scolorata o trasparente. Per questa circostanza alcuni medici hanno sostenuto a torto, che nella meningite, l' aracnoide era sempre intatta. In fatti spesso accade che il tessuto della membrana è opaco, friabile, facile a rompersi, senza però essere ineguale o scabroso; finalmente si osserva spessissimo nella sua cavità istessa un siero lattiginoso, del pus o delle false membrane albuminose. Questi prodotti però esistono quasi sempre esclusivamente nel tessuto cellulare sotto aracnoideo: essi sono formati da un siero opaco, di aspetto purulento, o pure da uno strato di pseudo-membrane sparse uniformemente o a guisa di piastre irregolari sulle circumvoluzioni soltanto, e che il più delle volte si prolungano profondamente sin dentro le anfrattuosità.

La pia madre, che in quest' ultimo caso sembra essere la sede quasi esclusiva della malattia, allora è di un rosso vivo; il suo tessuto è umido, friabile; si distacca facilmente dal cervello; ma quando la flemmasia si propaga alla superficie delle circunvoluzioni, non può esserne distaccato che portando seco alcun poco della sostanza cerebrale, la quale è rossa, più molle o pure più consistente del solito, però friabilissima. Quest' alterazione del cervello esiste comunemente sopra una grande estensione: essa caratterizza la forma della encefalite chiamata *diffusa*, e che in ragione della sua coincidenza colla infiammazione delle meningi, il più delle volte è distinta sotto i nomi di *cefalo-meningite*, o di *meningo-encefalite*.

La meningite è raramente generale; il più delle volte è circoscritta alla parte convessa degli emisferi: qualche volta occupa soltanto la base; può anche essere limitata ad uno dei lobi del cervello, del cervelletto, alla protuberanza o alla midolla allungata. La meningite della parte convessa è più comune negli adulti, mentre ne' fanciulli l' infiammazione invade più frequentemente le meningi che tappezzano la base del cervello.

Sintomi, corso. — La meningite può svilupparsi bruscamente o esser preceduta da alcuni prodromi de' quali i più frequenti sono: mal' essere generale, peso alla testa, alcune vertigini, torpore intellettuale ed epistassi. Dopo una durata però che varia tra alcune ore e molti giorni, la malattia sviluppa. Il corso della malattia, avendo riguardo a' sintomi che sopravvengono, può essere divisa in due periodi, i quali sono, quello dello *esaltamento*, e del *collasso*.

Primo periodo. — Ne' cinque sesti de' casi almeno, la manifestazione della malattia è distinta da una cefalalgia più o meno viva, accompagnata da agitazione, da veglia, da febbre intensa, e spesso da costipazione e da vomiti. La cefalalgia però forma in questo caso il carattere predominante: ordinariamente è viva, lancinante, altre volte sorda, ottusa, oppressiva; si esacerba quasi sempre sotto i movimenti e le scosse del corpo, e spesso per la impressione di una luce troppo viva o dei suoni troppo acuti. Raramente generale, non occupa il più delle volte che una parte circoscritta nella superficie del cranio, specialmente la fronte, raramente le tempie, il sincipite, e l' occipite, o una sola metà della fronte. Raramente può giudicarsi dal luogo occupato dal dolore, qual sia la sede e la estensione dell' alterazione delle meningi. La cefalalgia è quasi la sola lesione di sensibilità nella meningite dell' interno del cranio; in fatti ne' soli casi eccezionali si osservano simultaneamente alcuni dolori nelle altre parti del corpo. Però alla cefalalgia si uniscono tosto l' agitazione ed il delirio; questo spesso è calmo: allora esiste soltanto un brontolamento continuo di parole affat-

to intelligibili; molti malati, interrogati e distratti nelle loro idee, rispondono esattamente; in molti altri però, avvi sin dallo sviluppo un delirio furioso il quale costringe di far uso del busto di forza. D'altronde qualunque sia la forma, in generale il delirio è continuo, e non è raro vederlo momentaneamente cessare per essere sostituito da intervalli più o meno lucidi. A quest'epoca si osservano ancora diversi disturbi negli organi locomotori, per esempio i sussulti, de' veri movimenti convulsivi, come quelli che caratterizzano il tetano o l'epilessia. Le convulsioni, più comuni ne' fanciulli che negli adulti sono ordinariamente parziali; le parti che ne sono il più delle volte la sede, avendo riguardo all'ordine della frequenza, sono i masseteri, i muscoli della parte posteriore del collo, e quelli delle estremità superiori, ed inferiori. Finalmente in un decimo de' casi, si osserva lo strabismo; questo ora è permanente, altre volte passeggero. Questo deviazione nell'asse visuale spiega il più delle volte il disturbo della vista, segnalamente la diplopia che osservasi in alcuni ammalati. I movimenti convulsivi alternano ordinariamente con un assopimento o uno stato comatoso, alcune volte con le paralisi parziali; questi accidenti però, i quali d'altronde possono essere osservati sin dallo sviluppo, indicano ordinariamente il passaggio della malattia dal primo al secondo periodo. Essi coincidono il più delle volte colla diminuzione o la cessazione della cefalalgia; finalmente dopo una durata di tre o quattro giorni, la quale può anche variare tra un giorno e due settenari, la malattia tocca il secondo periodo, o periodo di collasso.

Secondo periodo. — A quest'epoca lo esaltamento finisce; il delirio è sostituito da un assopimento dal quale i malati possono essere dapprima risvegliati ma che poi addiuviene permanente. A' movimenti convulsivi succede la risoluzione delle membra eguale ne' due lati, o più distinta in una metà del corpo; qualche volta la paralisi è parziale, per esempio limitata alla faccia ad un membro o solamente ad alcuni muscoli, come alle palpebre. Queste paralisi sono ora permanenti altre volte passeggere, finiscono per ritornare irregolarmente; alternano alcune volte con la contrazione o co' movimenti convulsivi. Finalmente non è raro vedere, in un punto del corpo molto circoscritto, come la faccia alcuni muscoli, quelli delle palpebre, per esempio, essere paralizzati, mentre tutti gli altri sono agitati da movimenti convulsivi. In questi malati le evacuazioni ventrali sono involontarie e si osserva spesso una ritenzione di oripa. In fine la sensibilità è ottusa o completamente abolita, l'ammalato, insensibile a tutto ciò che lo circonda, sembra nè sentire, nè vedere, e quantunque nella maggior parte de' casi le pupille sembrano contratte e regolari, comunemente si trovano molto

dilatate, spesse volte ineguali, ed irregolari tra loro. La fisionomia costantemente pallida, esprime la stupidezza, e non si osservano affatto quelle alternative di rossezza e di pallore, sì comuni nella meningite tubercolosa. In mezzo a questi gravi sintomi, il polso acquista spesso una grande frequenza ed avviene irregolare, intermittente però qualche volta la sua frequenza non oltrepassa lo stato normale, e può anche battere più lentamente del solito: questo caso sarebbe il più comune dietro i fatti analizzati dal Signor Andral. Allora il calore del corpo è di molto diminuito; la respirazione è accelerata ed interrotta, in fine la morte à luogo ora lentamente altre volte bruscamente in mezzo ad un accesso convulsivo. La durata di questo periodo varia fra uno o cinque giorni, e raramente più. In fine la malattia offre una durata media di uno a due settenari, raramente oltrepassa il ventesimoquinto giorno, e quasi mai termina dopo tre o quattro giorni.

Varietà. — Tali sono i sintomi e l'andamento più ordinario della meningite: la malattia però non sempre si distingue dagli stessi fenomeni morbosì. D'altronde questi non si riproducono costantemente nell'ordine successivo che abbiamo indicato; quindi è che la cefalalgia ed il delirio possono anche mancare. La meningite può allora manifestarsi bruscamente con movimenti convulsivi di forma epilettica i quali si riproducono ad intervalli ravvicinati, o pure il periodo dello eccitamento mancando completamente, la malattia si sviluppa spontaneamente mediante una paralisi o uno stato comatoso. I fatti però di questo genere sono eccessivamente rari. D'altronde non è ben dimostrato che, in questi casi, il periodo dello eccitamento non abbia avuto affatto luogo; poichè spesso accade che questo è caratterizzato soltanto da alcuni fenomeni passeggeri, e che possono passare inosservati quando si esaminano superficialmente. Al contrario vi sono individui i quali non oltrepassano il primo periodo, sia che la malattia si risolve, sia che, cosa più comune, essa abbia un esito funesto prima che gli accidenti del collasso possano manifestarsi. In quest'ultimo caso i malati periscono sotto la violenza del delirio o degli accidenti convulsivi, ed allora sembra che la vita si estingua in essi in seguito del soprastimolo del cervello.

Queste differenti modifiche che la malattia presenta, il più delle volte sono indipendenti dall'età degli ammalati e dalla sede dell'affezione; però non può rinvocarsi in dubbio che il delirio manca più raramente nella meningite della parte convessa degli emisferi anzi che in quella della base, mentre il coma, almeno come sintomo primitivo, è più frequente nella seconda che nella prima, o pure quando un versamento si forma ne' ventricoli.

Dietro una nota comunicata dal Signor Prus agli autori del *Compendium de médecine*, la meningite ne' vecchi si presenterebbe raramente coll'apparato sintomatico che osservasi nel fanciullo o nell'adulto. Quindi nel corso della mattina il vecchio è colpito da stupidizza, da sana ma lenta intelligenza, la lingua è arida, la febbre è moderata e la cefalalgia generale. Il calore del corpo è quasi naturale, eccettuato alla fronte, dove è vivo, ma la sera, esso si eleva: gli occhi sono iniettati; avvi delirio quasi sempre tranquillo, e solo incoerenza nelle risposte, alcune volte rispondono anche giustamente; però si danno in preda ad azioni irragionevoli; quindi si alzano senza causa alcuna, e vanno a coricarsi in un letto vicino, ec. Se la malattia non è frenata, i malati cadono nella sonnolenza o nel coma, e muoiono dopo un tempo che varia tra cinque e venti giorni.

Guarigione. — La meningite può terminare colla guarigione; questa è quasi sempre completa ed à luogo rapidamente. In alcuni casi però la risoluzione si esegue lentamente; le facoltà intellettuali rimangono per lungo tempo ottuse o pervertite; alcuni ammalati conservano per un tempo più o meno lungo la perdita di un senso, o sono affetti da paralisi circoscritte ad uno o molti muscoli. La malattia non passa mai allo stato cronico.

Diagnosi. — La meningite semplice offre molti punti di contatto colla meningite tubercolosa: vedremo in seguito, quando ci faremo a parlare di quest'ultima, esser possibile di distinguerla durante la vita: questa conoscenza interessa molto pel pronostico. Avendo riguardo a' sintomi di eccitamento del primo periodo ed all'apparato febbrile che li accompagna, tornerà facil cosa poter distinguere la meningite dalle congestioni e dalle emorragie cerebrali. Coll'aiuto di questi stessi caratteri si determinerà la diagnosi differenziale della meningite con quella della epilessia e del tetano; ciò verrà indicato con maggiore precisione quando parleremo di queste malattie. Lo studio degli eretici *Mania*, *Delirio acuto* e *Delirium tremens*, faranno conoscere i caratteri che distinguono queste malattie dalla meningite. Bisogna pur anche ricordarsi che i segni predominanti della meningite, cioè la cefalalgia, il delirio, il coma, le convulsioni, sono più spesso de' disturbi simpatici i quali mai sono ligati ad una lesione de' centri nervosi: quindi tutte le volte che questi accidenti si sviluppano, bisogna assicurarsi mediante i commemorativi e coll'accurata esplorazione di tutti gli organi e di tutte le funzioni, che in nessuna parte esistono lesioni capaci di spiegare i disturbi cerebrali che si osservano. Le febbri eruttive, il travaglio della dentizione ne' ragazzi, la pneumonia negli adulti, le febbri puerperali, la flebite e le malattie per assorbimento, sono le affezioni che risvegliano specialmente il delirio

e la maggior parte degli accidenti che indicano il primo periodo della meningite. Abbiamo pur anche veduto che la febbre tifoidea nella sua forma atassica, poteva simulare una flemmasia delle meningi, in ragione del delirio, poi del coma, delle contratture, de' movimenti convulsivi e de' sussulti, che si osservano sì comunemente nel corso di questa malattia. La esistenza però della diarrea, del meteorismo, del gorgogliamento nella fossa iliaca, lo sviluppo della milza, il rantolo sibilante, l'eruzione delle macchie lenticolari ed i sudamina permetteranno sempre di rapportare alla causa reale i disturbi che si osservano. Supponendo anche la mancanza della maggior parte dei sintomi che precedono, dallo andamento degli accidenti si potrà riconoscere il vero carattere della malattia. In fatti nella febbre tifoidea, i sintomi cerebrali (eccettuata la cefalalgia) non si manifestano mai allo sviluppo, ma solamente dopo alcuni giorni: il contrario poi à luogo nella meningite. In caso di dubbio bisognerebbe osservare se la proporzione della fibrina è aumentata, o se non oltrepassa i limiti dello stato fisiologico. In fine la meningite potrebbe confondersi colla febbre delirante, convulsiva, apoplettica, a causa delle intermissioni complete, o almeno delle remissioni, che si osservano periodicamente, non solo ne' sintomi cerebrali, ma ancora nella febbre. Nella meningite però avvi un andamento continuo, almeno ne' sintomi fondamentali; e se qualche volta si osserva la remissione, ciò avviene soltanto in alcuni accidenti, specialmente nel coma e nelle convulsioni: l'apparato febbrile però persiste quasi sempre allo stesso grado. Il Signor Roger crede che nella temperatura del corpo può aversi un elemento prezioso per la diagnosi. In fatti nella meningite, si osserva una incostanza grandissima ne' risultati termometrici. Quindi la temperatura offre ora una eccessiva elevazione, come 42,° 50; ora nella metà della malattia essa discende a 35. Queste variazioni si osserverebbero, secondo il Signor Roger, nella sola meningite, nè in alcun' altra piressia o infiammazione, in guisa che quando esistono in un ammalato che presenta de' disturbi cerebrali, si potrebbe quasi sicuramente diagnosticare una flemmasia meningea, sia semplice, sia granulata. Questa opinione merita di essere verificata da altri osservatori.

Se trattasi di un vecchio che presenta i segni del delirio, sia nella parola, siasi nell'azione, con lingua arida e bruna, con calore vivo alla testa, senza che alcuna lesione degli organi toracici ed addominali potesse spiegare questo stato, bisognerà sorvegliare l'ammalato e preoccuparsi della possibile esistenza di una meningite.

Una volta conosciuta la meningite, si può anche determinare la sede: quindi è che la rigidità de' muscoli della parte

posteriore del collo, producendo il rovesciamento della testa in dietro, il ravvicinamento delle mascelle e lo stringimento della faringe, indicano che la flemmasia è invaso probabilmente le meningi, che ricoprono la parte inferiore degli emisferi cerebrali e la base del cervelletto. Si è pur anche detto, ma con meno di ragione, che lo strabismo aveva lo stesso valore. Nulla si può concludere sulla sede della meningite dietro la esistenza o il predominio del delirio, del coma e delle convulsioni. Egli è vero che si è preteso, che il primo caratterizzava la meningite della parte convessa degli emisferi, ed il secondo la meningite della base: numerosi fatti però anno dimostrato che questi due sintomi si mostrerebbero a poco presso egualmente, qualunque fosse la sede della malattia. In quanto alle convulsioni, alle contratture, alla rigidità, sembra provato che questi accidenti sono più comuni quando la meningite è generale, che quando è limitata. Il coma non è un segno certo di versamento, poichè abbiám veduto che poteva manifestarsi sin dallo sviluppo e risultare qualche volta da una specie di collasso nel quale il cervello cade dopo un sopraeccitamento. L' emiplegia occupa soltanto uno degli emisferi, e se questa è generale, la malattia predomina probabilmente nel lato opposto alla paralisi. Molte numerose eccezioni esistono a questo riguardo perchè si potesse affermare che in un caso dato le cose esistessero così, poichè abbiamo avuto frequenti occasioni per convincerci che delle emiplegie più o meno complete potevano esistere, qualunque nell' autopsia si trovasse l' iniezzamento delle meningi ed il versamento del tessuto sotto aronideo così distinti tanto in una parte quanto nell' altra. Finalmente il disturbo degli organi de' sensi, specialmente quello degli occhi, come lo strabismo, la contrazione o la dilatazione delle pupille, la loro ineguaglianza, e le diverse alterazioni della vista, non solo non appartengono positivamente alla meningite, ma non saprebbero caratterizzare uno de' suoi periodi nè indicare la sede speciale della flemmasia. In riassunto vediamo che nessuno de' sintomi della meningite, isolatamente considerato, può essere patognomonico; ciascuno di essi può mancare, e nessuno di essi saprebbe caratterizzare una forma speciale della malattia. Chiaro apparisce dunque quanto i sintomi della meningite siano irregolari relativamente alla loro manifestazione, alla loro frequenza, al loro andamento ed alla loro durata. Questa irregolarità si spiega quando si riflette che questi disordini funzionali sono molto meno l' effetto della flemmasia delle meningi che il risultato delle impressioni che questa malattia produce sul cervello: or si comprende che questa impressione deve essere differentissima secondo gl' individui ed anche secondo che avvi o pur no complicazione di encefalite.

Torna inutile il dire che non può determinarsi durante la vita se la flemmasia predomina nella pia madre o nell' aracnoide, o se essa è circoscritta soltanto in una di queste membrane. È pure impossibile poter asserire se la meningite esiste sola o si complica ad una infiammazione delle circumvoluzioni cerebrali (*meningo-cefalite*); poichè nell' uno e nell' altro caso, i sintomi sono esattamente gli stessi, e la malattia siegue lo stesso andamento; lo che giustifica gli antichi medici di aver confuso sotto il titolo di *phrenitis* l' infiammazione delle meningi e quella del cervello. Torna pur anche impossibile determinare, anche colla osservazione, se la infiammazione è cominciato dalle meningi o se le abbia invase soltanto consecutivamente al cervello. Crediamo dunque, di accordo col Signor Calmeil, che il modo di sviluppo della cefalo-meningite è ancora ignorato, e che eccettuati i casi in cui la flemmasia è luogo dietro una ferita, non si è alcun fondamento per poterle assegnare in modo positivo il suo punto di partenza.

Pronostico. — La meningite è una delle più gravi malattie, ed il numero de' morti non può essere precisato. Crediamo pure che la guarigione abbia luogo in casi eccezionali soltanto, e siamo di avviso che i risultati degli autori i quali pretendono di non aver perduto che la metà o il terzo de' loro ammalati, debbono riceversi con grande riserbatezza; poichè tutto porta a conchiudere che essi hanno confuso colle meningiti certe manie acute, o alcuni deliri puramente sintomatici: errore dal quale gli uomini sperimentati non ne sono sempre esenti, e che si prende tutti i giorni da' pratici poco istruiti. Un delirio violento, con grande eccitamento generale, è una circostanza che aggrava il pronostico, non che i movimenti convulsivi. Finalmente il coma permanente il quale si manifesta consecutivamente al periodo di eccitamento è il segno quasi certo di una prossima morte.

Etiologia — La meningite semplice è una malattia che osservasi in tutte le età. Comune ne' due primi anni della vita, diminuisce di frequenza dal secondo al quindicesimo anno; addiviene più comune dopo la pubertà, e specialmente nel periodo compreso tra venti e quarant'anni. Gli uomini ne sono colpiti per lo meno due o tre volte più delle donne. Una costituzione forte, un temperamento linfatico, le professioni faticose le quali espongono alle intemperie quelli che le esercitano, sembrano esser tante cause predisponenti della meningite. Le cause efficienti più ordinarie sono le contusioni del cranio, con frattura o senza, l' insolazione, l' abuso delle bevande spiritose, una violenta scossa morale, una malattia acuta o cronica. Le affezioni nel corso delle quali si manifesta una meningite, sono la pneumonia, la malattia di Bright, la peritonite, la pleurisia, la resipola della faccia, il reumatismo articolare acuto,

la etica polmonale. A questo oggetto citeremo una strana opinione professata da' signori Rilliet e Barthez, cioè: che ogni meningite, la quale si manifesta in un tubercoloso è necessariamente tubercolosa, quando anche la prima non contenesse alcuna granulazione grigia.

Cura. — La gravezza della meningite ed il suo corso ordinariamente rapido esiggon l'uso de' mezzi pronti ed energici. Tra questi i salassi occupano il primo posto; essi si praticeranno qualunque sia la età degl'individui, ed il periodo al quale la malattia è arrivata, purchè lo stato del polso lo permetta; il numero de' salassi è la quantità del sangue saranno determinati dallo stato del polso istesso. I salassi locali colle applicazioni di moltissime sanguisughe ai processi mastoidei, meritano di essere preferiti ai salassi generali ne' giovanetti, mentre negli adulti bisognerà usare contemporaneamente degli uni e degli altri. Il salasso sarà praticato al braccio; il salasso delle vene del piede, o della giugulare o anche l'apertura delle arterie temporali, che alcuni hanno preferito, non producono alcun vantaggio, e portano seco molti inconvenienti. In certi tempi, il signor Delarrouque afferma di aver ottenuto buoni effetti dall'arteriotomia. In quanto a' salassi locali, crediamo che le sanguisughe applicate in piccol numero a' processi mastoidei, ma ripetute a misura che cadono, in modo da mantenere un continuo stillicidio di sangue, saranno più efficaci delle scarificazioni alla nuca, ed anche dell'applicazione di un gran numero di sanguisughe sul cranio, anticipatamente privato de' capelli. La esperienza non ancora à provato se sia più vantaggioso di applicare le sanguisughe alle vene o lungo le suture, siccome lo consigliano alcuni medici. In concorrenza alle emissioni sanguigne, s'impiegheranno i rivellenti sulle estremità inferiori (sinapismi, piediluvii, irritanti, ventose Junod) e sul tubo digestivo quando non sono controindicati da alcuna complicazione. I purganti oleosi, salini e specialmente il calomelano meritano la preferenza; si cercherà nello stesso tempo di diminuire l'afflusso del sangue verso il cervello mantenendo la testa elevata, collocandola sopra un cuscino di crini, e mantenendo attorno al malato una temperatura fresca: è stata puranche consigliata la compressione delle carotidi; in fine si applicheranno le bagnature fredde sulla testa. Dopo aver tagliati i capelli, alcuni consigliano le compresse fredde che si rinnovellano frequentemente, o pure si applica sulla fronte una vescica ripiena di neve. Avvene finalmente di quelli i quali preferiscono le irrigazioni o le abluzioni continue. Il Signor Rilliet preferisce le prime. Qualunque metodo si volesse seguire, bisogna conoscere che le applicazioni fredde convengono allo sviluppo durante il periodo dello eccitamento, e nuocciono quando si ma-

nifesta il coma e la risoluzione. Alcuni medici, compreso lo stesso Romberg propongono di sostituire alle lavande fredde le applicazioni calde. Quindi circondano la testa di compresse bagnate nell'acqua o in una infusione di camomilla calda; l'applicazione sarà ripetuta prima che l'altra si sia raffreddata. La esperienza non ancora è sanzionato questo metodo, il quale merita però di essere sperimentato. Quando gli accidenti atassici continuano ad aumentarsi, si oppongono gli antispasmodici; la loro utilità può essere però contrastata. Il mezzo che più ci sembra efficace consiste nelle bagnature fredde, date alla temperatura di 15 a 20 per lo spazio di alcuni secondi o di alcuni minuti al più. Finalmente quando il periodo dello eccitamento è sostituito dallo stato comatoso; quando tutto fa conoscere una forte compressione del cervello, i salassi possono ancora praticarsi, specialmente quando sono stati trascurati al principio; ma allora bisogna ricorrere agli energici rivellenti, come i vescicanti alle estremità ed alla nuca; ne' casi ove il pericolo è imminente, si potrà applicare un setone al collo, o pure radere il cranio, e coprirlo con un empiastro epispatico. Il Signor Delarrouque ha pubblicato, nel *Bulletin de Thérapeutique* 1844, un piccolo lavoro destinato a provare i benefici di questo metodo: il vescicante alla testa non è impiegato da questo abile pratico se non quando è fatto cavare 130 a 200 gramme di sangue mediante la incisione dell'arteria temporale. Pervenuti al periodo in parola, bisogna modificare la nutrizione mediante i mercuriali, come il mercurio dolce, amministrato internamente a dosi rifratte; si praticheranno contemporaneamente le frizioni alla tempie mediante l'unguento napoletano, sulla fronte o dietro le orecchie. Torna inutile il dire che le bevande dolci ed una dieta assoluta dovranno secondare l'azione de' precedenti medicamenti. La convalescenza dovrà essere sorvegliata con grande sollecitudine, ed una grande attenzione sarà praticata nella igiene degli ammalati.

DELLA MENINGITE CRONICA

La meningite cronica semplice, sia primitiva, sia consecutiva alla meningite acuta, è eccessivamente rara, e torna impossibile poterne dare la storia anatomica e specialmente la sintomatica. Bisogna guardarsi di considerare, come segni di una flemmasia cronica, certe opacità le quali esistono frequentemente sull'aracnoide viscerale, in vicinanza della grande scissura interlobare. Queste piastre bianche non sono prodotte, come certe macchie del pericardio, da un deposito di materia albuminosa, ma sono il risultato di un semplice perversimento della nutrizione, indipendente da qualunque lavoro infiammatorio. Se ne osservano delle simili sulle altre sierose viscerali.

La meningite cronica si osserva quasi sempre come una complicazione nelle lesioni organiche del cervello: più spesso ancora ne' dementi, e forma il carattere anatomico più frequente che osservasi nella paralisi generale degli alienati. Ne parlerò con alcuni dettagli quando tratterò di quest' ultima affezione.

DELLA MENINGITE RACHIDIANA E CEREBRO-SPINALE

L' aracnoide e la pia madre rachidiana possono infiammarsi isolatamente; il più delle volte però, 18 volte su 20, secondo il Signor Calmeil, queste membrane sono affette simultaneamente con quella del cervello: ecco perchè la malattia merita, nella maggior parte de' casi, il nome di meningite *cerebro-spinale*.

Storia. — Questa malattia, vagamente indicata dagli antichi, i quali, l'anno pur veduta regnare molte volte epidemica, è stata soltanto conosciuta dopo i lavori de' moderni autori, specialmente dopo le ricerche d' Ollivier (d' Angers) e dal Signor Calmeil. Addivenuta frequentissima in questi ultimi tempi, specialmente tra i soldati, è stata studiata con molta accuratezza da' signori Lamothe e Lespes (1) Faure-Villar (2), Chauffard (3), Forget (4), Rollat (5), ec.; ma il lavoro più completo, più rimarcabile che abbiamo, è senza dubbio la relazione pubblicata dal Signor G. Tourdes sopra una epidemia di meningite cerebro-spinale che à regnato a Strasburgo dal 1840 al 1841. Il lavoro di questo distinto medico, redatto senza prevenzione, è di un grande interesse, e può essere citato come un modello di descrizione.

Anatomia patologica. — I caratteri anatomici della meningite rachidiana, non differiscono affatto da quelli della meningite cerebrale: quindi si osserva lo stesso inietramento della pia madre ed i medesimi prodotti di segregazione albuminosa o purulenta. Questi non sono quasi mai diffusi nella cavità dell' aracnoide, ma infiltrano il tessuto cellulare sottostante dove formano uno strato giallastro di aspetto cotennoso, il quale è quasi uniforme sopra una estensione più o meno considerabile; offrono sempre più spessezza alla faccia posteriore della midolla anzichè all' anteriore, dove mancano il più delle volte, completamente. La midolla spinale conserva ordinariamente la sua normale consistenza; qualche volta sembra dura, infine in al-

(1) *Gazette medicale*, 1838.

(2) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharm. militaire*, t. XLVIII.

(3) *Revue médicale* de 1842.

(4) *Gaz. médicale* de 1842.

(5) *Memoires d' Acad. nationale de médecine*, t. X.

cuni casi è ammolita alla sua superficie in modo, che separandola dalle meningi, queste ne portano via de' piccoli frantumi.

La meningite spinale è più frequente alla regione cervicale, che alla regione dorsale o lombare; può essere circoscritta ad uno spazio limitatissimo, e ciò osservasi specialmente quando la flemmasia è consecutiva ad una alterazione delle vertebre, ed in questo caso soltanto vedesi nello stato cronico. Allora si trova un'aderenza de' due strati dell' aracnoide, o pure la sua membrana, opaca, sembra spessita; un accurato esame però fa conoscere che questa spessezza dipende dal tessuto cellulare sottostante, e che la membrana aracnoidea ne è perfettamente indipendente. Finalmente si trovano qualche volta delle aderenze morbose tra l' aracnoide e la pia madre o pure tra questa e la superficie della midolla. Alcuni han voluto considerare siccome il risultato di una flemmasia cronica la presenza delle lamine cartilagginee che spesso rendono scabroso il canale rachidico; nessun fatto però giustifica una tale supposizione.

Sin ora ò semplicemente fatto parola della infiammazione dell' aracnoide e della pia madre: la dura madre però può, in alcuni casi rari, partecipare della infiammazione; ma ciò à luogo soltanto quando la flemmasia viene in seguito ad un' alterazione delle ossa, sebbene leggiamo nella *Gazette médicale de 1833* un lavoro del dottor Albers de Bonn, il quale tende a stabilire la possibilità della infiammazione primitiva della dura madre. Questa membrana opaca, spessita, aveva acquistato un colorito d' un rosso di cinabro, il quale resistette alla macerazione per lo spazio di due giorni.

Sintomi, corso. — La meningite spinale può avere una invasione brusca, fulminante: il Signor Tourdes lo à molte volte osservato nella epidemia di Strabourg, dove si osservarono uomini pieni di forza e di salute passare senza gradazione alcuna ad uno stato de' più gravi, e perire in poche ore, anche prima che le lesioni caratteristiche avessero avuto il tempo di manifestarsi. Il più delle volte però si osservano i prodromi, come i freddi, la cefalalgia, dolori delle membra, disuria, ritenzione di urine, nausea, vomiti. Nella quasi totalità de' casi, in ragione della coincidenza d' una meningite intercraanea, si veggono i sintomi della meningite spinale mascherati allo sviluppo da' disturbi cerebrali: però questi possono essere consecutivi. Checchè ne sia, nella meningite spinale, i malati provauo un dolore più o meno vivo, qualche volta sordo, ottuso, altre volte violento, lacerante nel dorso (rachialgia). Quasi sempre circoscritto alla regione lombare, dorsale, e specialmente cervicale, si propaga alcune volte verso le membra il quale si esacerba sotto i movimenti muscolari ed anche sotto la pressione. Nello stesso tempo i muscoli della parte posteriore del

tronco sono presi da contrazione convulsiva; questa varia dalla semplice rigidità sino ad una certa contrazione in modo che la testa ed il tronco sono fortemente portati in dietro come nell'ipostotono. Questa contrazione tetanica può essere permanente; il più delle volte presenta delle remittenze più o meno complete, e si rinnovella, sia spontaneamente, sia per effetto de' movimenti che s'imprimono agli ammalati. Una contrazione analoga può assalire diversi altri muscoli del corpo: così si osserva il trisma, la rigidità de' muscoli dell'avambraccio, e del polpaccio della gamba, raramente esistono le scosse convulsive di forma epilettica, eccettuato però ne' muscoli della faccia. Le membra superiori, ed inferiori possono non pertanto eseguire precisamente i loro movimenti abituali, ordinariamente poi sono più deboli; spesso queste parti sono la sede di crampi, mentre la pelle presenta un esaltamento tale nella sensibilità, che la menoma pressione esercitata su di essa o il più leggiadro movimento fanno mandare de' gridi agli ammalati. Questo esaltamento si osserva specialmente alle membra. Nello stesso tempo la respirazione si accelera ed addiviene difficile; il polso è frequente e febbrile; la pelle è calda e bagnata da sudore; avvi costipazione ed incontinenza di urina, o pure questa è trattenuta nella vescica per effetto della paralisi di quest'organo. In fine si osservano quasi sempre diversi accidenti dipendenti dalla coincidenza di una meningite cerebrale, e questi sono specialmente la cefalalgia, il delirio, o il coma, e lo strabismo.

In riassunto la meningite spinale è essenzialmente caratterizzata dal dolore rachidiano, dalla rigidità tetanica, e dall'esaltamento della generale sensibilità. Questi diversi accidenti offrono spesso delle remittenze e anche delle complete intermittenze; è però raro osservare le stesse variazioni nell'apparato febbrile; almeno non cessa mai completamente siccome può aver luogo ne' disturbi cerebrali. Alla fine però di qualche tempo gli accidenti non presentano più alcuna remittenza e si aggravano mai sempre; finalmente la morte à luogo in mezzo ai sintomi convulsivi di forma epilettica, o pure in seguito di una difficoltà crescente nella respirazione, e in uno stato di lenta asfissia. In generale la rigidità e le contrazioni durano sino agli ultimi momenti; in alcuni casi rari, d'altronde si osserva negli ultimi giorni uno stato di risoluzione o di paralisi.

Esiti, Durata. — La morte è l'esito più ordinario della meningite spinale; alcuni giorni ed anche alcune ore bastano per uccidere gli ammalati; però la durata media della malattia può essere calcolata, col Signor Calmeil, a dieci giorni. Quando il suo corso è remittente può prolungarsi sino al secondo, ed anche al terzo settenario, e molto più; si son veduti di quelli i quali sono morti al di là del quarantesimo giorno dopo a-

ver presentato delle escare al sacro ed esser caduti nel merasmo (Tourdes, Chauffard). Il versamento inter rachidiano può farsi strada alla parte esterna? alcuni fatti sembrano provare questa possibilità. Il Signor Champion, de Bar-le-Duc à veduto, per esempio, un' versamento purulento formato nelle membrane ed aprirsi un' uscita tra la terza e la quarta vertebra lombale nei muscoli spinali formandovi un focolaro. Chiaro risulta che in questi casi la paralisi potrebbe essere minore in ragione di una diminuzione della compressione della midolla; nessun ammalato però si è guarito in questo modo. Quelli ne quali la malattia à avuto un esito felice si sono guariti lentamente, ed ànno presentato un demagramento accompagnato da una estrema debolezza, e questi tali individui sono stati rarissimi. Nulla conosciamo sulla forma cronica della meningite rachidiana.

Diagnosi. — La diagnosi in generale riesce facile; diremo in seguito come potrà esser distinta la meningite spinale dalla mielite e dal tetano, malattie anche colle quali potrebbe essere confusa (vedi quel ch'è. abbiamo detto sopra della diagnosi della meningite del cranio).

Seguendo l' esempio del Signor Albers, non mi farò a dire se vi abbiano caratteri distintivi tra la infiammazione della dura madre rachidiana, e quella degli altri involucri della midolla; dapoichè l' accurato studio de' due fatti riuniti dal professor di Bonn prova in vece contro la sua istessa opinione che l' infiammazione di tutte queste membrane, sì intimamente unite tra loro, si manifesta con sintomi simili, e niente giustifica la diagnosi differenziale che il Signor Albers à cercato di stabilire, siccome vien detto dal Signor Ollivier.

Pronostico. — Il pronostico è gravissimo. Nella epidemia di Strasbourg dicono che la mortalità è stata di 60 per 100 ed anche di 70 o 80, facendo soltanto paragone de' casi gravi.

Etiologia. — La meningite spinale è tre o quattro volte più frequente nell' uomo che nella donna. Più comune dall' epoca della pubertà sino a trenta anni, conta il suo massimo di frequenza, secondo il Signor Calmeil, tra il ventottesimo ed il trentesimo. La malattia è stata qualche volta il risultato della impressione del freddo, più spesso à luogo dietro una contusione del midollo, o dietro gli sforzi per sollevare o per portare grandi pesi. Nella maggior parte de' casi però, la meningite spinale sembra essere assolutamente spontanea. Molte volte à incrudelito epidemica, lo che è stato osservato specialmente da alcuni anni in quà. Quindi si è veduta regnare nelle Landes nel 1837 (Lamothe e Lespes), a Versaglia nel 1839 (Faure-Villar), poi ad Avignone (Chauffard), a Metz (Gasté), a Strasbourg (Tourdes, Forget), a Nantes (Mahot), ec. In tutti questi luoghi essa è stata micidiale nelle guarnigioni. Le sue cause so-

no oscure; sembra però provato che in molti luoghi, e specialmente a Strasbourg il suo sviluppo sia stato provocato dallo ingombro delle caserme.

Cura. — La cura consiste ne' salassi generali, ai quali si associeranno i salassi locali fatti colle sanguisughe, e specialmente colle coppe a vento, applicate in gran numero lungo la colonna. Gli ammalati saranno immersi in un bagno tiepido alquanto prolungato, durante il quale si praticheranno alcune spruzzature di acqua fredda. In fine quando il polso non permetterà l'uso de' salassi, si applicheranno i vescicanti volanti, e si favorirà l'assorbimento de' liquidi stravasati coll'uso de' mercuriali, amministrati come nella meningite cerebrale. Alcuni autori hanno praticato l'oppio contro la meningite cerebro-spinale. In fatti questo medicamento usato dal Signor Chauffard ad Avignone, e da' professori Tourdes e Forget a Strasbourg, sembra essere stato utile in molti casi. Ne hanno consigliato l'amministrazione associato o pur no alle emissioni sanguigne, aumentandone la dose a 30, 40 o 60 centigramme e più nel corso del giorno. I risultati ottenuti sin ora autorizzano l'uso di questo rimedio. Finalmente il Signor Rollet si loda molto d'un metodo rivelante il più energico; quindi dopo i profusi salassi generali e le applicazioni delle sanguisughe e delle coppe a vento lungo la nuca ed il sacro, pratica, nel periodo del collasso, col cauterio arrossito a bianco, sei o otto escare del diametro di 1 millimetro lungo le vertebre, mentre si covriranno le membra di sinapismi e di vescicanti ammoniacali. Il pericolo imminente degli ammalati, l'inutilità degli altri mezzi potrebbero per se soli giustificare un metodo così violento.

DELLA ENCEFALITE

Quantunque la parola encefalo servi ad indicare tutta la massa nervosa esistente nel cranio, l'uso però è consagrato l'espressione di *encefalite* per caratterizzare soltanto la infiammazione che invade il cervello, il cervelletto e la protuberanza. La flemmasia della midolla allungata non potendo esser separata da quella che occupa le parti inferiori di questo cordone nervoso, ne parleremo all'articolo *Mielite*.

Divisioni. — Torna difficile cosa poter dare la storia della encefalite, poichè sotto questo nome hanno confuso le malattie più diverse, dall'iniezzamento e l'apoplezia capillare sino alle trasformazioni ed alle degenerazioni organiche. Molti lodevoli sforzi sono stati però praticati da alcuni anni in qua per metter termine ad una confusione tanto deplorabile: quindi la scienza, per questo rapporto, va debitrice a' signori Andral, Calmeil, Rostan, Durand-Fardel e Abercombric. Molte utilissime dilucida-

zioni si rinvencono nelle lettere del Signor professor Lallemand. L'encefalite vien distinta pel suo andamento in *acuta e cronica*, per la sede in *diffusa* ed in *parziale o locale*, secondo che si estende superficialmente sopra una grande superficie o ad un punto circoscritto. Molto si è discusso sulla prima specie in occasione della meningite, colla quale coesiste quasi sempre, e dalla quale non può essere distinta durante la vita. In fine, la malattia è distinta sotto i nomi di *cerebrite*, di *cerebellite* e di *mesocefalite*, secondo che la infiammazione occupa il cervello, il cervelletto o il mesocefalo.

Anatomia patologica. — In un primo grado della infiammazione, la polpa cerebrale presenta in una estensione più o meno considerabile de' punti rossi finissimi; così sembra che il sangue penetri un maggior numero di vasi capillari. Alcune volte in vece di questi punti fini, e ad un periodo più avanzato della malattia, si osserva un'alterazione più o meno uniforme, la quale si estende qualche volta alle parti sane circonvicine, il colorito ordinariamente più carico nella sostanza grigia che nella midollare, varia da quello della rosa tenera sino al rosso livido o cremesi. In questo caso, il più delle volte la porzione affetta del cervello à subito qualche cambiamento nella nutrizione. Quindi questa parte sembra generalmente gonfia ed aumentata di volume; ciò è provato dall'abbassamento delle circumvoluzioni corrispondenti. Nello stesso tempo la polpa nervosa sembra più consistente e più friabile, o pure è manifestamente ammolita. In questo periodo il sangue scappa spesse volte da' vasi, e produce delle piccole ecchimosi; o pure, infiltrato solamente nella polpa nervosa, si unisce intimamente ad essa; in fine altra volta forma de' piccoli grumi apoplettici quà e là disseminati: in quest'ultimo caso, il Signor Cruveilhier dice esistere un' *apoplessia capillare*. Questa espressione scolpisce benissimo lo stato anatomico di cui è parola, però à l'inconveniente di confondere un certo periodo della encefalite colla emorragia cerebrale, la quale, come vedremo in seguito, è una malattia essenzialmente distinta da quella che stiamo descrivendo. Ma ciò esclude forse la esistenza di una apoplessia capillare indipendente da qualunque lavoro infiammatorio, che sarebbe per i capillari ciò che è l'apoplessia propriamente detta per i vasi più voluminosi? Ecco una quistione che mi sembra insolubile nello stato attuale della scienza.

In riassunto, il primo periodo della encefalite è caratterizzato dallo inietamento, dal colorito rosso, l'induramento, la friabilità, o pure dal rammollimento più o meno considerabile della polpa nervosa. Quest'ultima lesione è la più frequente.

Il grado del rammollimento varia da una semplice diminuzione della consistenza, sino allo stato in cui la polpa cerebra-

le è convertita in una pappa più densa, omogenea, che facilmente vien portata via da un piccolo getto di acqua. Il suo colorito è egualmente variabile; l'intensità del colore rosso o nero sta in rapporto colla quantità del sangue che infiltra il tessuto, e col suo grado di combinazione più o meno intimo. La maggior parte de' medici considerano questo colorito rosso siccome il segno necessario per caratterizzare il rammollimento infiammatorio del cervello. In fatti oppugnano la stessa origine infiammatoria per tutti que' rammollimenti che hanno luogo senza modifica nel colorito normale, e più ragionevolmente per quelli i quali sono accompagnati dalla mancanza del colorito del tessuto alterato, a meno che non sia dimostrato che la bianchezza dipende dalla presenza del pus. Questa quistione agitata e diversamente risolta dagli uomini i più eminenti di questo secolo, è uno de' punti più oscuri dell'anatomia patologica, e sembraci ancora incapace di una soddisfacente soluzione. Non può rinvocarsi in dubbio che quasi tutti i rammollimenti infiammatori del cervello offrono un colorito rosso o violaceo, qualche volta giallastro; intanto non potrebbe forse succedere che un rammollimento atonico fosse poscia colorato per effetto di un afflusso di sangue che à luogo consecutivamente? Altra volta si osservano frequentissimamente nella pratica individui i quali periscono rapidamente con accidenti cerebrali e co' sintomi d'una viva reazione infiammatoria, e nell'autopsia de' quali non si osserva altra alterazione che potesse spiegare e gli uni e gli altri meno che un rammollimento bianco, polposo, del cervello, senza che questo colorito potesse farsi dipendere dalla presenza del pus. Qui lo stato anatomico si trova in opposizione colla manifestazione sintomatica. Quando però vi è stata febbre e l'apparato delle malattie flogistiche, nè anche si saprebbe rigorosamente concludere che il rammollimento fosse di natura infiammatoria, per essere oggi dimostrato che una moltitudine di lesioni o di disturbi funzionali possono esistere indipendentemente da qualunque lavoro infiammatorio, e che pertanto risvegliano la febbre allo stesso grado di quelli i quali non riconoscono altra origine. Ritorniamo su questo punto quando parleremo del rammollimento semplice del cervello.

Il terzo periodo della encefalite è distinto dalla formazione del pus, il quale ora è infiltrato nella polpa cerebrale, ed ora riunito a guisa di collezioni più o meno grandi. Quando del pus si forma nel tessuto cerebrale rammollito, il colorito rosso diminuisce a poco a poco, e vien sostituito da una tinta di un bianco opaco, sporco, giallo o verdastro, secondo il colore del pus. Siccome l'osserva il Signor Lallemand, lo scolorimento è specialmente distinto nella sostanza grigia, la quale nel periodo precedente presentava una tinta più carica di quel-

la della sostanza midollare ; questa tinta si confonde finalmente con quella della sostanza bianca in un colore uniforme , o presentando delle variazioni , incominciando dal bianco sporco sino al verde. Bisogna però far dipendere da un infiltramento purulento tutti i rammollimenti bianchi, quelli simili alla crema , ed anche quelli ne quali la sostanza bianca è più pallida che nello stato normale ? Il Signor Lallemand à sostenuto questa opinione con un ammirabile talento ; però à dovuto confessare che spesso la osservazione delle parti non presentava affatto in modo manifesto il pus, e che la esistenza di questo prodotto poteva solamente essere ammessa per analogia. Siamo però di avviso che la dimostrazione non potrebbe essere sostituita da qualunque altro fatto , e dal momento in cui la suppurazione non ancora si manifesta alla nostra osservazione in modo distinto, bisogna , se non negare assolutamente la natura infiammatoria del rammollimento , almeno dare a quest' oggetto una opinione molto dubbia , anche quando gli accidenti osservati durante la vita sembrerebbero confermare questa supposizione. Oltre a che non sembra cosa naturale che il pus infilti un ammolimento perfettamente bianco, se non si volesse supporre che una materia colorata, simile a questo liquido, potesse mischiarsi ad un corpo biancastro senza modificarne la tinta.

Però se il pus esiste , quando la vita si prolunga, o presto o tardi si riunisce in uno o molti focolari , i quali possono presentare il volume di un pisello , di una noce , di un uovo ed anche più , poichè ve ne sono di quelli che occupano tutto intiero un lobo , ed anche la maggior parte di un emisfero. Il pus ora bagna direttamente la sostanza del cervello, ora è rinchiuso in una cisti. Se l' ascesso è situato molto superficialmente , le circumvoluzioni sono appianate, e spesso il cervello presenta in questo punto un colorito verdastro giallo o di un bianco opaco. Premendo il cervello , si avverte manifestamente la fluttuazione. Incidendolo in questo punto , si vede scorrere un pus quasi sempre privo di odore e di un bianco di crema, qualche volta giallo , verdastro o focchioso. Se il focolaro è recente , le sue pareti sono anfrattuose ed ineguali , rammollite , infiltrate di pus ; se poi l' alterazione è antica, la cavità è tappezzata da una falsa membrana analoga qualche volta al tessuto mucoso ; altra volta si divide in molti strati sovrapposti. Questa cisti si forma rapidamente il più delle volte. Abercombrie l' à veduta formata sin dal dodicesimo giorno ; nella maggior parte de' casi però , essa è soltanto organizzata alla fine di un mese. Esistono però moltissime varietà delle quali riesce impossibile poterne determinare la causa. La sostanza cerebrale che circonda l' ascesso ora è alquanto iniettata , altra volta è di una tinta verdastra , giallastra ; la sua consistenza è

qualche volta diminuita, il più delle volte però è aumentata. In fine questi ascessi coincidono frequentemente con diverse lesioni, le une delle quali sono primitive, le altre consecutive. Le più frequenti sono le alterazioni nelle ossa del cranio, specialmente la carie dell'osso petroso: questa coesiste frequentemente con un ascesso del lobo medio, il quale comunica alcune volte coll'orecchio interno (Morgagni, Stard, Lallemand, ec.), e addiviene così una delle sorgenti del pus nella otorrea purulenta.

Si è finalmente citata la gangrena siccome un esito della encefalite: questo accidente è però rarissimo. Abbenchè i caratteri dello sfacelo del cervello non siano peranco sufficientemente conosciuti, nulla di meno, bisognerà credere alla esistenza della gangrena, quando la sostanza nervosa, d'un color bruno nerastro, si separa a guisa di piccoli pezzi o sotto forma di detritus, anche quando non manda alcun odor putrido.

Le lesioni che caratterizzano l'encefalite acuta sono più frequenti nel cervello che nel cervelletto, ed a gran stento forse, se ne sono sin ora osservati alcuni esempli nella protuberanza. Dopo i signori Lallemand e Cruveilhier, anno preteso che il rammollimento infiammatorio fosse specialmente comune nelle parti più vascolari, cioè nello stato corticale o nelle parti che contengono maggior quantità di sostanza grigia. Però alcuni risultati contraddittori, o poggiati sopra un numero insufficiente di fatti, debbono far sorgere alcuni dubbj sulla esattezza di questa proposizione. In quanto alle raccolte purulenti, si rinvencono in preferenza nel centro degli emisferi, o ne' lobi medj, e ciò mena a concludere, a causa della loro sede, che la loro formazione ha prima avuto origine nella sostanza midollare.

Lesioni le quali sono state considerate come quelle che caratterizzano l'infiammazione cronica del cervello; quali sono quelle che possono succedere alla encefalite? — Tra le lesioni che abbiamo studiate, avviene due che si osservano pure nello stato cronico cioè: il rammollimento bianco con infiltrazione purulenta e gli ascessi; questi ultimi sono sempre chiusi in una cisti. Altre lesioni però sono state considerate siccome speciali dello stato cronico; le ulcerazioni cioè e le differenti specie d'induramento. L'ulcerazione della sostanza cerebrale, la quale può formarsi in modo acuto, è un'alterazione rarissima, sulla quale non possediamo ancora se non che incomplete dilucidazioni. Essa è caratterizzata dalla distruzione più o meno estesa della sostanza cerebrale e della porzione corrispondente della pia madre e dell'arcanoide. L'ulcerazione è ora ricoperta da un trasudamento albuminoso sanguigno, o bagnata da una materia polposa, grigiastra; finalmente altre volte la superficie è pulita, tappezzata da una membrana cellulare, e ad un'epoca

un poco più avanzata, da una membrana spesso dura, cartilaggina o anche cornea, lo che costituisce una vera cicatrice. L'ulcerazione succede sempre lentamente; ed invade successivamente le parti ora sane, ma che il più delle volte sono la sede d'un ammolimento con inieffamento o infiltrazione purulenta, o di un induramento.

L'induramento semplice del cervello, cioè quello nel quale il tessuto dell'organo offre parzialmente, o in tutta la sua estensione, la consistenza che acquista quando si sottopone alla macerazione nell'acido nitrico allungato, è stato considerato siccome un carattere anatomico certo della encefalite cronica: torna però impossibile poter dare alcuna opinione plausibile sopra la natura di quest'alterazione. Se si riflette ancora che questo induramento à quasi sempre luogo senza inieffamento de' tessuti, che occupa il più delle volte tutta la massa encefalica, che non si osservano affatto que' coloriti di lavagna, azzurrognoli, i quali, per la maggior parte de' tessuti, sono le vestigi di congestioni o di antiche flemmasie, bisognerà supporre che la infiammazione è estranea alla sua produzione, e si manifesta sotto la influenza di uno di que' perversimenti di nutrizione della quale osserviamo frequenti esempi nella economia. Quel che diciamo in questo luogo dello induramento semplice, generale, si applica egualmente alla maggior parte di quest'induramenti locali, i quali sono pure accompagnati da una trasformazione fibrosa, fibro-cartilagginea o ossea de' tessuti. Non avvi dubbio che questi differenti prodotti sopravvengono il più delle volte senza il concorso di alcun lavoro infiammatorio, qualche volta però una encefalite circoscritta ne forma il punto di partenza. Quando in fatti la distruzione del cervello si ferma nel suo corso, una parte de' liquidi infiltrati e de' tessuti alterati viene assorbita; l'altra parte si condensa, addiviene dura, e forma una cicatrice, il cui aspetto e la composizione variano secondo i prodotti morbosi a spese de' quali essa è formata, e secondo l'epoca nella quale si osserva. Quindi è che dapprima biancastra ed albuminosa, poscia può farsi dura, indi fibro-cartilagginea ed anche ossea. Queste specie di cicatrici sono situate nella profondità dell'organo o pure alla sua superficie; possono produrre tutti gli accidenti primitivi e consecutivi che accompagnano la maggior parte de' prodotti accidentali che si formano nel cervello; non è però affatto dimostrato, siccome lo pretende Abercrombie, che una porzione del cervello essendo colpita da induramento in seguito di un lavoro infiammatorio, potesse poscia isolarsi in una cisti, per formare uno di quei tumori sì frequenti nell'encefalo, e che in realtà sono costituiti da alcuni prodotti accidentali.

Sintomi, corso. — L'encefalite parziale, di cui sola dovevamo trattare in questo articolo, può svilupparsi bruscamente con iscosse convulsive o con una rigidezza tetanica, circoscritta ad un membro, o ad una metà del corpo, occupando simultaneamente la faccia e le membra: nella maggior parte de' casi però, la malattia è preceduta da alcuni sintomi di congestion cerebrale. Quindi il maggior numero degli ammalati si lagnano per uno o molti giorni di una cefalalgia parziale o generale, o pure di un semplice peso alla testa, di vertigini, di offuscamenti, di sussurri degli orecchi, sono agitati o abbattuti; avvi sonnolenza negli uni, e veglia ostinata negli altri. Alcuni soffrono crampi, rigidzze o formicolii circoscritti ad un membro, ad una metà del corpo, o pure occupano tutte le membra; alcune volte avvi imbarazzo momentaneo nella parola. Tosto le funzioni intellettuali si alterano; avvi delirio vago, loquace, o una ottusità nelle idee, o pure uno stato semi-comatoso, ed un indebolimento della memoria; spesso vi è strabismo: la fisionomia è animata, e gli occhi iniettati. Verso questa istessa epoca le membra di una metà del corpo addiventano la sede della rigidità e delle contrazioni, e questo è uno de' primi sintomi; le mascelle sono ristrette: la sensibilità è ottusa, qualche volta esaltata: in fine queste parti possono essere agitate di tempo in tempo da movimenti convulsivi, a' quali succede tosto una paralisi più o meno completa del senso e del moto. In mezzo a questi disordini, il polso può rimanere calmo; nella maggior parte de' casi però, è accelerato, vivo, il calore della pelle si alza, e come l'abbiamo veduto nella meningite, però meno frequentemente che in quest'ultima si osservano le nausee, i vomiti e la costipazione. Tale è l'insieme de' sintomi che si osservano in questo stato della malattia che può chiamarsi il suo primo periodo. I sintomi ulteriori variano molto secondo il corso che siegue la malattia.

Nella maggior parte de' casi, i sintomi di eccitamento, come le contrazioni, i movimenti convulsivi e lo esaltamento della sensibilità, diminuiscono o cessano, e sono sostituiti dalla paralisi del senso e del moto. Questa può essere permanente o pure alternare colla rigidezza ed i movimenti convulsivi. Alcune volte questi fenomeni opposti si osservano simultaneamente: quindi la gamba può essere nella risoluzione ed il braccio nella contrazione, e reciprocamente. I sintomi paralitici coincidono ordinariamente coll'abbattimento delle facoltà intellettuali; quindi il coma si fa più profondo, le pupille sono dilatate, il malato è indifferente a tutto ciò che lo circonda, la deglutizione è difficile, le evacuazioni sono involontarie o pure le urine sono trattenute nella vescica. In fine la respirazione si accelera e la morte à luogo lentamente, o pure la vita si spegne bruscamen-

te in mezzo ad un accesso convulsivo. Quest' esito è più comune nel periodo spasmodico della malattia, ed in questo caso la morte à luogo prima che alcun sintomo di paralisi sia stato osservato. Finalmente l'encefalite accompagnata da una raccolta di pus, può avere un esito funesto senza che la sua esistenza si sia manifestata durante la vita colla contrazione o colle convulsioni: la sola intelligenza è indebolita, ed i malati cadono nel coma ed in una risoluzione generale nelle ultime ventiquattro o trentasei ore della vita. In questo caso si direbbe che il cervello è rimasto estraneo alla formazione del pus, che questo liquido è stato solamente depositato nell'organo, e che conforme a tutti gli altri corpi estranei, non agisce sulla polpa nervosa che pel suo volume o per le lesioni consecutive (rammollimento, emorragia, meningite) che à sviluppate, e che per se sole spiegano i sintomi degli ultimi momenti.

Quindi la encefalite non è una di quelle malattie il cui andamento è chiaro e regolare. Le alternative del coma del delirio, della paralisi e della contrazione, il ritorno allo intendimento, àn fatto dire che la encefalite presentava de' caratteri perniciosi ed atassici. Queste remittenze possono osservarsi in tutte le epoche della malattia, anche nell' ultimo periodo, quando, per esempio, un vasto ascesso occupa tutto un lobo. Questa irregolarità de' sintomi è difficile ad essere spiegata, della quale però ne possiamo render conto sino ad un certo punto, supponendo che indipendentemente dalla lesione permanente (rammollimento ascesso), e attorno di essa, si forma una congestione più o meno grave, che determina i sintomi cerebrali proporzionati alle variazioni alle quali va soggetta. La malattia siegue lo stesso andamento, ed i sintomi si sviluppano a poco presso nello stesso ordine di successioni tanto nella encefalite spontanea come in quella traumatica. Numerosi fatti ànno oggi stabilito che nessun fondamento poteva aversi da' sintomi della malattia o dal predominio di alcuno di essi per localizzare l'alterazione in tale o tale parte del cervello. Finalmente nessun accidente particolare può far distinguere i casi in cui il cervello è solamente iniettato e rammollito da quelli in cui il pus è già infiltrato o riunito in focolaro. Gli ascessi del cervello ànno specialmente un andamento più insidioso; la maggior parte si formano a nostra insaputa, o almeno non sono preceduti che dagli accidenti i quali annunziano una semplice congestione o una flemmasia circoscritta.

Qualunque possa essere la forma ed il periodo della malattia, nessuno à osservato in Francia, siasi nella encefalite che nella meningite, questo rumore di soffio, isocrono a' battiti arteriosi, il quale, dal rapporto del dottor Ficher, di Boston, si osserverebbe applicando l'orecchio sul cranio, special-

mente sulla estremità anteriore della sutura sagittale, e che dipenderebbe dalla compressione che il cervello aumentato di volume o un versamento nello interno del cranio eserciterebbe su i vasi arteriosi.

Durata, esiti. — La maggior parte de' malati colpiti da encefalite acuta periscono nel corso del primo o del secondo settenario. In alcuni però la malattia siegue un andamento molto più lento: in questi casi, l'intelligenza rimane intatta per lungo tempo; i fenomeni spasmodici raramente mancano, ma il più delle volte sono poco distinti; mentre la paralisi, benchè lenta nel suo andamento, esiste quasi sin dallo sviluppo, e finisce col predominio. In generale, nella cerebrita cronica, come quella che è anatomicamente caratterizzata da un ascesso chiuso nella cisti, si osservano a poco presso gli stessi sintomi dello stato acuto, e questi si succedono a poco a poco nello stesso ordine; solamente la loro intensità è meno considerabile, il loro andamento più lento, poichè frequentemente la malattia termina soltanto dopo quattro o cinque mesi ed anche più tardi. In questi casi, la morte à luogo ora per effetto del progresso naturale della malattia, ora per le malattie consecutive. D'altronde queste variazioni e queste irregolarità del corso che abbiamo precedentemente indicate nello stato acuto, si osservano in preferenza nella encefalite cronica. Siccome lo à ragionevolmente osservato il Signor Lallemand, questa irregolarità nei sintomi si spiega per una successione non interrotta e variabile di meningiti, di encefaliti e di congestioni, le quali si ripetono ad epoche più o meno lontane, e sono separate da migliorie sì distinte, che spesso si prendono per vere guarigioni. In fine la encefalite cronica non differisce affatto, tanto per i suoi sintomi, che pel suo andamento, dalle altre lesioni organiche del cervello.

Abbiamo parlato sin ora della encefalite come di una malattia, il cui esito è sempre funesto; in fatti questo è quasi sempre l'esito costante della malattia. Alcuni fatti però autorizzano a pensare che la encefalite può risolversi, poichè si sono veduti alcuni malati riacquistare la integrità di tutte le loro funzioni. A propriamente parlare, questi sono i soli casi in cui può dirsi che vi sia stata guarigione; poichè quando la infiammazione, pervenuta ad uno stato di rammollimento molto avanzato, termina colla formazione di una durissima cicatrice, la quale addivene in seguito la sede di diverse trasformazioni organiche, è che per ciò non può dirsi che la malattia è guarita, mentre la maggior parte degli ammalati portano per tutta la loro vita delle contratture, la paralisi e diversi disturbi intellettuali: d'altronde questa cicatrice agendo come un corpo estraneo, produce infine attorno di essa diverse lesioni conse-

cutive. Nessun fatto concludente esiste sin ora il quale potesse provare che gli accessi cerebrali si fossero guariti per assorbimento del liquido, o pure coll'uscita allo esterno. Il pus può essere evacuato a traverso di una soluzione di continuo recente o antica delle ossa del cranio, o pure a traverso l'elmoide o l'osso petroso affetti da carie; questa evacuazione però, la quale è spesso seguita da una remissione momentanea negli accidenti della compressione, non à mai prodotto una guarigione radicale.

Diagnosi. — Abbiamo veduto la difficoltà di poter distinguere la meningoencefalite dalla meningite semplice. Questa differisce dalla encefalite senza complicate, per la cefalalgia la quale è più intensa, per i disturbi de' sensi, e per quelli degli organi digestivi i quali sono più frequenti; per la vivacità del delirio e la intensità della febbre: la paralisi è molto rara; in fine nella infiammazione delle meningi, i sintomi spasmodici occupano quasi sempre i due lati del corpo. Nella encefalite semplice poi, il dolore di testa e la febbre sono mediocrementemente intensi; avvi sin dallo sviluppo rigidezza e contrazione; più tardi la paralisi si manifesta, ed è sempre lenta e progressiva. Questa successione negli accidenti permetterà di distinguere la encefalite dalla emorragia cerebrale, il più delle volte però è impossibile poterla distinguere dal rammollimento.

Il Signor Durand—Fardel crede però esservi una forma di encefalite, la quale anatomicamente caratterizzata dallo inietramento ed il rammollimento delle circumvoluzioni con aderenze delle meningi, offrisse, come accidenti predominanti, i sintomi apoplettici affatto simili a quelli di una emorragia cerebrale. I fatti però del Signor Durand—Fardel non ci sembrano esenti da qualunque obiezione; poichè non ostante la cura colla quale le osservazioni sono state raccolte, non ci dimostrano che, almeno nella maggior parte, se non in tutti, i sintomi apoplettici non siano stati preceduti da alcuni altri sintomi propri alla encefalite ed affatto estranei alle emorragie.

Alcuni rammollimenti infiammatori o atonici delle parti bianche centrali del cervello rassomigliano molto, pel loro sviluppo, alla febbre tifoidea. Quindi, siccome in quest'ultima, avvi cefalalgia, stordimenti, delirio, alcune volte epistassi, diarrea e sempre febbre intensa. Si potrà essere illuminati però sulla vera natura della malattia osservando che, ne' casi di rammollimento, avvi mancanza de' principali sintomi addominali e del rantolo sibilante nel petto; aggiungiamo però che dopo pochi giorni la rigidezza si manifesta, o pure la paralisi in una metà o ne' due lati del corpo, e spesso sin dallo sviluppo, si osserva lo strabismo o la diplopia, accidenti i quali debbono sempre impedire una diagnosi precipitata.

Una volta fissata la natura della malattia, torna impossibile poter localizzare l'alterazione in tale o tale parte del cervello; torna pur anche difficile determinare se la malattia sia circoscritta in un sol lato, o se i due emisferi siano colpiti simultaneamente, poichè una encefalite locale può produrre la contrazione o le scosse convulsive ne' due lati.

Bisogna però convenire che questo caso è raro, e che il più delle volte, quando sintomi spasmodici o di paralisi si manifestano simultaneamente ne' due lati, si rinviene contemporaneamente ne' due emisferi una lesione, o pure l'alterazione, della quale uno di essi è la sede, è talmente considerabile da far conoscere che essa ha potuto esercitare una compressione sul lato sano. Abbiamo pure parlato della impossibilità di precisare il genere della esistente alterazione; se però i sintomi sono insufficienti per risolvere questi problemi, esistono alcune volte certe circostanze le quali possono servir di aiuto per la diagnosi. Quindi, quando in un ammalato affetto da otorrea antica, ligata ad un'alterazione delle ossa, si vede diminuire lo scolo, e manifestarsi la cefalalgia, il delirio, l'agitazione, le convulsioni, il coma e la febbre, si può quasi affermare che un ascesso si sta formando o già si è formato nel lobo medio. Riesce impossibile poter stabilire durante la vita la diagnosi differenziale della encefalite cronica colle affezioni cerebrali di corso lento. Su di ciò si possono avere semplici presunzioni dietro la conoscenza de' commemorativi.

Prognostico.—Vi sono poche malattie acute tanto gravi quanto la encefalite; in fatti uccide quasi tutti gl'individui che assale, e quelli in piccol numero che sopravvivono, rimangono sino alla fine de' loro giorni, infermi, paralitici o nello stato di demenza. La varietà che si manifesta con movimenti convulsivi è tra tutte la più grave.

Etiologia.—Non ancora si conosce perfettamente la natura delle cause predisponenti ed efficienti che possono produrre la encefalite: si conosce però che questa malattia assale due o tre volte di più l'uomo che la donna; non però è bastantemente fissata l'epoca della vita nella quale la malattia predomina, poichè alcuni hanno stabilito la infanzia, altri l'età virile; s'ignora pure quale influenza esercitano le tristi affezioni dell'anima, i travagli dello spirito e la temperatura: alcuni fatti autorizzano a pensare che la malattia può manifestarsi sotto una influenza ereditaria. L'encefalite riconosce spesso come causa determinante una violenza esterna sulle ossa del cranio, la insolazione o gli abusi de' liquori spiritosi. Abbiamo detto che la infiammazione dell'orecchio interno, sia che dipenda primitivamente dalla carie dell'osso petroso, sia che, circoscritta dapprima alla mucosa, produca finalmente l'alterazione di questi ossi, è una causa di encefalite, la quale termina quasi sempre colla forma-

zione di un ascesso. Il virus venereo è stato considerato dal Signor Lallemand come capace di esercitare una influenza diretta e primitiva sul cervello e quindi infiammarlo; questa opinione però non ci sembra affatto dimostrata; al contrario è cosa incontrastabile per tutti, che il virus venereo, alterando le osse del cranio, può così addivenire l'occasione indiretta di una encefalite. Finalmente questa si sviluppa frequentemente attorno ad un grumo o ad un tumore del cervello: in tutti questi casi si dice che questa è consecutiva.

Cura. — La cura non differisce affatto da quella che abbiamo indicato per la meningite: potrebbe forse mettersi in pratica il metodo controstimulante, il quale manca generalmente nelle flemmasie delle membrane sierose: alcuni fatti autorizzano almeno l'uso di questa cura nella encefalite acuta. Nel periodo di collasso, e quando la malattia passa allo stato cronico, bisogna insistere su i rivellenti energici, come il setone, uno o molti cauteri alla nuca, o un largo vescicante sul cuoio capelluto.

DELLA MIELITE

La parola *mielite* serve ad indicare la infiammazione del tessuto della midolla spinale.

Anatomia patologica. — Ciò che abbiamo detto delle lesioni che caratterizzano l'encefalite si applica egualmente alla mielite: solamente come in questa le alterazioni sieguono un andamento molto più rapido che nel cervello, ne siegue che raramente si trova sul cadavere una mielite caratterizzata soltanto dallo iniettamento, dal rossore e dallo induramento del tessuto. In fatti, in tutti i casi, la polpa nervosa è rammollita, sciolta; il rammollimento può presentare i coloriti rosso, verde e bianco, che abbiamo ritrovati nel cervello. Le raccolte purulenti vi si osservano più raramente che in quest'ultimo, ed hanno sempre un piccolo volume. Come per il cervello, i rammollimenti rossi, gialli, verdastri e bianchi con infiltramento purulento, dovranno soli riportarsi ad un lavoro infiammatorio. Checchè ne sia, questi rammollimenti sono sempre accompagnati da un aumento nel volume della midolla al livello delle parti alterate. Raramente la lesione occupa più della metà del cordone rachidiano: ordinariamente è limitata ad una sola regione: quindi la porzione dorsale è il più delle volte affetta; per ordine di frequenza vengono in seguito le porzioni cervicale e lombare. Il rammollimento comincia quasi sempre dalla sostanza grigia centrale, più raramente dalla periferia, a meno che la mielite non sia consecutiva all'aracnite. Il rammollimento può occupare tutta la spessore della midolla o essere circoscritta ad una delle

metà laterali, e finalmente essere distinta alla faccia anteriore o posteriore. Nel primo caso, il tessuto nervoso può ridursi in una specie di detritus purulento, in modo che avvii realmente interruzione completa tra la parte superiore ed inferiore della midolla.

I medici sono stati accostumati a considerare come indizi di una infiammazione cronica l'induramento del tessuto della midolla, lo che dà a questo cordone nervoso la consistenza dell'albumina indurata; però sino a questo momento è assolutamente impossibile di determinare quali siano le alterazioni che possono caratterizzare anatomicamente la mielite cronica. (*Vedi nel tomo II°, Rammollimento della midolla*).

Sintomi e corso. — La mielite sembra sviluppare ordinariamente senza prodromi, e con sintomi affatto locali: quindi è che la maggior parte degli ammalati provano un torpore, dei formicolii, de' crampi nelle membra inferiori, e qualche volta nelle membra toraciche, secondo l'altezza alla quale risale l'alterazione. Hanno pur anche preteso che spesso vi erano erezioni, ma questo segno non è stato mai osservato per parte nostra. Checchè ne sia, i movimenti sono sempre difficilissimi, imbarazzati, duri ed incerti; alcune volte esistono pure di tempo in tempo delle scosse convulsive. Molti di questi ammalati provano un dolore fisso in un punto del midollo; questo dolore può essere costante; il più delle volte però si risveglia soltanto sotto la pressione o la percussione mediata che si esercita sulle apofisi spinali corrispondenti, o quando i malati sono coricati sul dorso. In fine, alcune volte il dolore può essere provocato passando una spugna impregnata di acqua calda su tutta la lunghezza della colonna, il che risveglia sulla regione affetta una sensazione di caldo scottante, mentre in tutte le altre parti l'ammalato prova soltanto l'impressione del calore ordinario. Indipendentemente da questo dolore locale, che indica a quale altezza la midolla è alterata, ne esistono spesso degli altri, i quali sembrano ora una propagazione del precedente, ma che spesso ne sono indipendenti. Questi dolori occupano le membra inferiori; alcune volte sieguono la direzione de' nervi sciacici, o pure sono sparsi in tutto il membro, e riflettono specialmente in una di queste parti, per esempio, alla pianta dei piedi. Altri dolori più frequenti ancora sono quelli che i malati provano a traverso del corpo, e che sembrano aver sede nei rami de' nervi intercostali. La paralisi però testè si manifesta, e comincia quasi sempre dalle membra inferiori, si estende dal basso in alto, ed affetta quasi sempre simultaneamente il senso ed il moto, però a gradi differenti; qualche volta la paralisi esiste senza alterazione nella sensibilità; il contrario raramente accade. Nello stesso tempo l'urina non più si segrega, o pure

vien fuori involontariamente; in generale le materie fecali possono essere trattenute quando sono solide, ma per poco che esse siano liquide, scappano contro la volontà dell' ammalato o senza che questo lo avverti; lo stesso accade de' flati. La estensione della paralisi varia secondo l' altezza alla quale à sede l' alterazione della midolla. Quindi quando la mielite occupa la regione dorsale o lombare, le membra inferiori, la vescica ed il retto sono le sole parti affette; ma quando l' alterazione guadagna la porzion cervicale, si osservano nelle membra del torace gli stessi sintomi che abbiamo precedentemente notati verso le membra addominali, cioè i formicolii, i crampi, la rigidità, le convulsioni, e la paralisi del senso e del moto. To- sto i muscoli respiratori cessano di agire, la dilatazione del petto à luogo soltanto mediante il diaframma; la respirazione è breve, stentata, accelerata, ed un gran numero di malati muoiono in mezzo ai sintomi di una lenta asfissia. Questi accidenti si osservano anche quando l' alterazione à sede nella parte del cranio che si porta alla midolla. Di più in questo caso esiste un dolore vivo alla nuca, rigidità ne' muscoli di questa regione, disturbi nelle facoltà intellettuali e de' sensi, trisma, deglutizione difficile, respirazione stentata, diaframmatica, e qualche volta idrofobia. A questi fenomeni succede una paralisi ora circoscritta ad una metà del corpo, il più delle volte è generale, secondo che l' alterazione occupa un sol fascio o due fasci anteriori della midolla. Quando questi accidenti sono tali quali li stiamo descrivendo, essi sono abbastanza caratteristici di una alterazione della porzion della midolla allungata, e chechè ne abbiano detto, non si osservano affatto nella infiammazione delle parti bianche centrali, ne in quella de' due emisferi.

La infiammazione della midolla può esistere senza risvegliare molte simpatie: comunemente però avvi un apparato febbrile molto intenso, sete, inappetenza, e spesso vomito.

Abbiám veduto che qualunque fosse l' altezza dove l' alterazione della midolla stabiliva sua sede, i sintomi spasmodici, e la paralisi occupano simultaneamente, ma inegualmente, le membra dell' uno e dell' altro lato. In alcuni casi però, e noi ne abbiamo osservati moltissimi, questi accidenti sono ora circoscritti ad un membro o pure a due dello stesso lato; in una parola vi può essere emiplegia, come se la lesione avesse sede in uno degli emisferi; ma se così è, le membra opposte non tardano ad esserne affette nella stessa guisa, per poco che l' alterazione della midolla facesse novelli progressi. Indicheremo pure come un fatto eccessivamente raro la propagazione dall' alto in basso de' fenomeni spasmodici e della paralisi. Abbiám parlato più sopra della paralisi come quella che sopravviene quasi sempre in un modo progressivo: non è però raro che i ma-

lati i quali dapprima solfrivano de' formicolii nelle membra, siano ad un tratto paralizzati nel senso e nel moto di queste parti, come se il tessuto della midolla fosse bruscamente distratto da un raptus emorragico. In questo caso bisogna ammettere che l'alterazione si è fatta ad un tratto molto considerabile.

Durata. Esito. — La mielite dura più o meno lungo tempo: può produrre la morte dopo pochi giorni quando la malattia occupa primitivamente la region cervicale; ma se l'alterazione incomincia dalla region dorsale o lombare, possono passare molte settimane prima che l'esito fatale abbia luogo. Questo è prodotto ora da' progressi dell'alterazione la quale incomoda la respirazione ed impedisce l'ematosi, o pure in seguito della gangrena la quale come nella maggior parte delle malattie della midolla, invade rapidamente le parti destinate a sopportare il peso del corpo, come sarebbe il sacro, i gomiti, i trocanteri ed i calcagni. In questi casi la paralisi addiuviene talmente completa che la pelle delle membra e del tronco può essere lacerata e bruciata senza che gli ammalati ne abbiano conoscenza; finalmente le parti s'infiltrano e perdono il loro calorico. Rarissimamente (poichè fin' ora l'abbiamo osservato in un sol caso) la mielite passa allo stato di completa guarigione. Allora la sensibilità si rianima, il moto ritorna a poco a poco, le evacuazioni involontarie finiscono, ed alla fine di un tempo, raramente minore di sei settimane o di due mesi, i malati anno riacquisito la integrità delle loro facoltà. Questo caso però, lo ripeto, è rarissimo. Possiamo inoltre stabilire che tutti quei malati i quali non periscono nel tempo degli accidenti acuti, rimangono in seguito malaticci, paraplegiaci, soggetti alle ritenzioni o alle incontinenze delle urine e delle materie fecali. Alcuni ammalati però possono sostenersi e camminare coll'aiuto di un bastone o colle stanghe; in alcuni altri la stazione è impossibile su i piedi mentre può ancora avere luogo sulle ginocchia; in fine molti non possono eseguire alcun movimento: in questo caso le loro membra sono ora contratte, altra volta sono in soluzione. In questi individui, i muscoli paralizzati cadano nell'atrofia, ed alcuni di essi, specialmente il polpaccio della gamba, van soggetti ad una degenerazione adiposa. Finalmente quando la morte à luogo dopo alcuni anni, si osserva un'atrofia parziale della midolla o pure un induramento del suo tessuto, e qualche volta un rammollimento bianco che non differisce affatto da quello che si osserva in un gran numero di stati acuti; e che tutti spiegano gli accidenti di cui parliamo.

Diagnosi. — La esistenza di un dolore fisso e più o meno vivo, spontaneo o provocato dalla pressione e la percussione sopra un punto del midollo, i sintomi spasmodici o una paralisi che si sviluppano simultaneamente o successivamente ne due

membri opposti, coincidendo colla integrità delle facoltà intellettuali, dovranno caratterizzare una malattia della midolla. La sede del dolore e della paralisi farà conoscere la estensione dell'alterazione. La sola preesistenza della motilità e della sensibilità porterà a credere che l'alterazione affetta esclusivamente i fasci posteriori o anteriori. La emiplegia proverà che la sola metà della midolla è affetta. Torna inutile il dire che la paralisi occupa sempre il lato corrispondente all'alterazione. La mielite potrà anche essere distinta dall'aracnite spinale, in quanto che in quest'ultima si osserva un dolore locale più vivo, e manca più raramente che nella mielite; esiste in oltre una rigidità convulsiva de' muscoli vertebrali, ed un esaltamento della sensibilità della pelle, accidenti che non si veggono nella infiammazione circoscritta alla polpa nervosa; aggiungiamo in fine che i sintomi spasmodici (rigidità, contrazioni, convulsioni) sono poco distinti nell'aracnite, mentre la paralisi predomina nella mielite. Qui si limita tutta la diagnosi; poichè credo ancora impossibile poter precisare la natura dell'alterazione, cioè determinare in modo certo se trattasi di una mielite o soltanto di uno di que' rammollimenti di corso acuto, de' quali parleremo altrove, e che sembrano prodursi senza il concorso manifestato di alcun lavoro infiammatorio.

Gli ascessi traumatici formati attorno ad una vertebra confusa o fratturata, danno luogo a' sintomi che hanno la più grande analogia colla infiammazione della midolla e de' suoi involucri. Quindi alcuni giorni dopo l'accidente, si sviluppa la febbre, una paralisi delle membra, del retto e della vescica, accidenti i quali coincidono con un dolore locale lungo il midollo spinale. Spesso alla fine di alcuni giorni, i sintomi di compressione diminuiscono in questi casi, se il pus scavando fuori del canale rachidiano, si riunisce in un punto delle apofisi vertebrali. Il Signor Bigot nella sua tesi (1845) chiama l'attenzione su questa circostanza. Qui i commemorativi ed il corso degli accidenti potrebbero far sospettare la natura della lesione. Si comprende di quanta importanza possa essere in simili casi la esplorazione del midollo spinale ed i suoi dintorni, per conoscere sin dallo sviluppo la formazione degli ascessi, ed aprire al pus un uscita al di fuori.

Pronostico. — La mielite, siccome può essersi convinto da quel che abbiamo detto, è malattia pericolosa, la sua gravità è tanto più grande in quanto l'alterazione è a sua sede più in alto. La manifestazione della gangrena è uno degli accidenti più pericolosi: finalmente la paralisi de' muscoli della respirazione indica quasi certa una prossima morte.

Etiologia. — La mielite sembra più frequente nella gioventù e nella età adulta: il più delle volte è spontanea; spesse

volte però à luogo dietro le violenze esterne sul midollo spinale, le fatiche eccessive, come quelle del camino, specialmente quando gl'individui portano gravi pesi sulle loro spalle. In fine l'alterazione delle vertebre, la compressione della midolla per effetto di un prodotto morboso e semplicemente pel deviamiento del midollo, possono provocare una infiammazione acuta della polpa nervosa.

Cura. — I mezzi da impiegarsi nella cura sono esattamente quelli stessi che si usano nella meningite rachidiana nel periodo acuto. I rivellenti però dovranno essere più energici: quindi è che dopo aver combattuto sufficientemente la infiammazione mediante i salassi generali e locali, si applicheranno i cauterii o la moxa su i lati delle apofisi spinali che corrispondono all'alterazione. Questi mezzi, a' quali si potranno aggiungere, secondo il Signor Ollivier, le docciature saline o solforose sul midollo, sono a poco presso i soli che abbiano qualche efficacia nelle paraplegie croniche, malattie contro le quali l'elettropuntura e la stricnina sono tornate sempre inutili; d'altronde tutti questi mezzi dovranno però impiegarsi con prudenza e quando ogni stato acuto è da lungo tempo cessato.

Nella mielite, come nella maggior parte delle malattie della midolla, bisogna avere le più grandi precauzioni per evitare le escare, le quali hanno molta tendenza a prodursi. Dunque si avrà molta cura della pulizia de' malati; si faranno spesso cambiar di posizione; si eviterà tutto ciò che potrebbe irritare o scoriare la pelle: in questi casi i letti meccanici sono di somma utilità.

DELLA NEVRITE O NEURITE.

Alcuni autori a torto hanno altre volte sostenuto che i nervi non potevano infiammarsi. Altri hanno detto, con Boerhave ed il Signor Martinet, che nella nevrite, la infiammazione rispettava la polpa nervosa, mentre il neurilema solo era flogosato: quindi indicavano piuttosto la malattia sotto il nome di *nevrilite* o *nevrilemite*. Le ricerche cadaveriche però e le esperienze tentate sugli animali, specialmente quelle intraprese dal dottor Dubrueil, e riportate nella tese di questo medico (1) hanno provato che il neurilema, come pure la sostanza nervosa, potevano isolatamente o simultaneamente essere colpite dalla infiammazione. Questa è caratterizzata nel primo caso da rossore, da spessimento, e friabilità del tessuto; nel secondo, dallo iniettamento, l'ammollimento e l'infiltrazione purulenta della so-

(1) Thèse de Montpellier, 1845, n. 34.

stanza nervosa, trasformata alcune volte in una polpa grigiastra; il volume del nervo è sempre aumentato. Nulla conosciamo su i caratteri della nevrite cronica.

Sintomi. — La nevrite è caratterizzata da dolore vivo, lacerante o contusivo il quale a sede sul tragitto conosciuto del nervo; esso è continuo e si esacerba sotto la pressione. Se il nervo è collocato superficialmente, si sente a traverso della pelle un cordone duro, nodoso, doloroso, formato dall'organo ammalato, le cui funzioni si trovano più o meno pervertite. Quindi è che le parti che rivestono le ramificazioni del nervo sono la sede di un torpore penoso, e qualche volta di una paralisi che colpisce contemporaneamente il senso ed il moto, o l'una o l'altra di queste funzioni, secondo la natura del nervo affetto. Questa paralisi potrebbe anche farsi permanente se la infiammazione, arrivando sino alla suppurazione o alla cangrena, avesse per effetto di distruggere il nervo, e anche se questo fosse consecutivamente colpito da atrofia. La ulcerazione non può essere mai un esito della nevrite. Questa lesione, nei casi rari in cui si osserva, è stata sempre consecutiva alla distruzione de' tessuti circostanti. I fatti però di nevrite finora conosciuti sono molto rari perchè si potesse determinare quale sia il corso ed il modo di terminazione più frequente della malattia.

In generale può dirsi che il pronostico della nevrite è grave. La scienza però nulla possiede di preciso a questo riguardo.

La nevrite è malattia eccessivamente rara, specialmente come affezione idiopatica; essa è quasi sempre la conseguenza di qualche causa traumatica, come una piaga o una contusione. Si è pur anche osservata dietro la ligatura, o la cauterizzazione del nervo, o perchè un corpo estraneo è penetrato nel suo tessuto. Il tutto considerando però i nervi sono molto poco infiammabili. In fatti è frequentissima cosa vedere i nervi attraversare i focolari suppurati e cangrenati senza che partecipassero al disordine delle parti circostanti.

La cura deve essere necessariamente antilogistica; bisognerà insistere specialmente su i salassi locali, i cataplasmi, i bagni, le unzioni mercuriali, ed i rivellenti esterni. In fine il periodo infiammatorio essendo cessato, i malati soffrono un torpore, una incipiente paralisi, si applicheranno i vescicanti volanti, o anche molli cauteri o la moxa sul tragitto del nervo.

INFIAMMAZIONI DI ALCUNI SENSI

DELLA CORIZA

Sinonimia. — Rinite, catarro di cervello, catarro nasale, *gravedo*, *gravedine*.

La coriza o rinite è la infiammazione della membrana mucosa che veste le fosse nasali. Si osserva nello stato acuto e cronico. La coriza cronica si suddivide in due specie, secondo che è semplice o complicata ad ulcerazione: in quest'ultimo caso, costituisce una malattia distinta, che descriveremo sotto i nomi di *ozena*, o *coriza ulcerosa*.

Anatomia patologica. — Ne' soli ragazzi si è avuto occasione di esaminare le alterazioni che la coriza produce sulla membrana pituitaria. Nello *stato acuto*, questa si osserva più o meno iniettata, rossa, nerastra, azzurrognola, gonfia, spessita in certi punti, friabile; in fine alcuni autori, ed in particolare Billard, l'hanno osservata tappezzata da concrezioni pseudo-membranose. Nella coriza cronica, la membrana pituitaria è più densa, ineguale, rugosa, o scabrosa alla sua superficie, e talmente spessita che il canale nasale può esserne otturato ed anche obliterato. In generale essa è friabile, e presenta un colorito di un bianco opaco o nerastro, e specialmente del colorito di lavagna.

Sintomi. — Allo sviluppo, la coriza produce un senso di aridità incomoda nelle fosse nasali, accompagnato da pizzicori e da prurito, che provoca delle frequenti starnutazioni. Dalle narici à luogo uno scolo più o meno abbondante di un muco trasparente, sieroso, di un gusto salato, il quale spesso produce la escoriazione delle narici, e del labbro superiore; l'odorato è diminuito o affatto spento. A questa epoca, spesso si manifestano novelli sintomi dipendenti dalla estensione della flemmasia. In fatti quando si propaga ai seni frontali i malati accusano una cefalalgia frontale grave, la quale si esacerba dietro i movimenti e le scosse del corpo, e qualche volta è incomoda a segno da rendere impossibile qualunque travaglio intellettuale. Più raramente la infiammazione si estende alle vie lacrimali, il che produce l'iniettamento della congiuntiva, con lacrimazione ed esquisita sensibilità all'impressione della luce. Finalmente se la mucosa del seno mascellare s'infiamma, l'ammalato si lagna di un dolore molto risentito nella guancia corrispondente; alcune volte questa sembra leggermente gonfiata; avvi un senso di tensione nella mascella, e spesso i denti che vi s'impiantano sono addolorati.

La coriza produce il più delle volte questi accidenti locali soltanto: accade però qualche volta di vederla accompagnata da mal' essere, da inappetenza ed un leggiero movimento febbrile preceduto o accompagnato da freddi irregolari. In generale, alla fine di due o tre giorni i sintomi si ammansiscono, il dolore e la tensione diminuiscono, e la febbre, se esisteva, sparisce. Lo scolo si rende più consistente, addiviene bianco poi giallastro, verdastro, opaco; esso manda un odore insipido, spermatico, si distacca difficilmente, si disicca rapidamente, e produce delle croste, le quali otturando le fosse nasali impediscono il passaggio dell'aria, e danno alla voce un timbro nasale, che d'altronde esiste sin dallo sviluppo e spiega il gonfiamento della membrana mucosa. Quest'otturazione delle fosse nasali essendo più completo ne' neonati, in ragione della poca capacità naturale di questa cavità, ne risultano accidenti più o meno gravi, i quali sono stati perfettamente descritti da Billard e dal Signor Rayer. Quindi il fanciullo è obbligato di dormire colla bocca aperta; la sua respirazione è rumorosa, sibilante, difficile; la sua agitazione, i suoi gridi e la sua fisionomia esprimono il dolore e l'eccessivo incomodo che soffre. Se in questo momento gli si presenta il seno, l'ansietà e la soffogazione raddoppiano tosto: è minacciato da asfissia, poichè l'aria non può penetrare allora per le fosse nasali otturate dal gonfiamento della mucosa e da' prodotti segregati, nè per la bocca ripiena dal capezzolo e dal latte che scola; quindi il fanciullo, continuamente agitato dal bisogno della fame e dalla impossibilità di soddisfarla, cade tosto nell'abbattimento, e muore prima che il marasmo sia molto avanzato. In questo luogo non faremo che menzionare una forma di coriza acuta della quale abbiamo già parlato, e che sempre consecutiva alla stomatite ed all'angina difteritica, è caratterizzata da un trasudamento sero-sanguinolento fetido e dalla uscita delle false membrane grigiastre.

Corso, durata, esiti. — Il corso della coriza è rapido; raramente si prolunga al di là di un settenario; il più delle volte siegue un corso regolare; qualche volta però presenta delle esacerbazioni. In fine si è osservata periodica e cedere soltanto all'uso della china-china. Può occupare in un tratto le due fosse nasali, ma sempre offre una intensità ineguale in queste due cavità; il più delle volte la malattia, dapprima limitata ad una di esse, si estende poscia all'altra quando la flemmasia decreisce nella prima. La coriza quasi sempre si risolve, e raramente passa allo stato cronico. Nell'adulto à quasi sempre un esito felice, e solamente ne' fanciulli à prodotto la morte.

Quando la coriza è cronica, che sia primitiva o consecutiva allo stato acuto, non risveglia comunemente alcun dolore,

ma solamente un senso d' incomodo nel naso o di peso alla base di quest' organo. La segrezione della membrana mucosa è aumentata; sgorga dalle narici un muco quasi sempre denso, opaco grigiastro, giallo o verde, senza odore, o di un odor insipido, qualche volta di un fetore insopportabile, quantunque la membrana mucosa non sia la sede di alcuna alterazione. Il Signor Cazenave di Bordeaux, fa osservare che gl' individui colpiti da coriza cronica non presentano mai la voce libera, e si stancano prontamente quando parlano o cantano. Questa forma di malattia non è mai accompagnata da accidenti generali. Essa è un corso lento, irregolare, e spesso si osservano le esacerbazioni le quali possono durare una o due settimane in ciascuna volta. La sua durata è indeterminata; può continuare per tutta la vita senza alterare notabilmente la salute generale.

Diagnosi. — La coriza è facilissima ad essere diagnosticata. Bisogna però sapere che questa malattia non è sempre idiopatica, ma soventi volte è la conseguenza di uno stato generale, lo che spesso osservasi nel morbilli. La coriza de' neonati è caratterizzata dalla soffogazione che accompagna l' azione del succhio della mammella. Questo accidente però potrebbe essere prodotto da un vizio di conformazione della bocca, della lingua, delle fosse nasali, o della mammella istessa; in questi casi però, indipendentemente da' risultati forniti dalla osservazione delle parti, può osservarsi che, se vi è vizio di conformazione, la difficoltà di succhiare rimonta sin dalla nascita, mentre che, se gli accidenti dipendono da una coriza, si saprà che il fanciullo succhiava liberamente prima della invasione della malattia.

La coriza cronica potrebbe confondersi con i polipi mucosi; quando questi però esistono, la gravedine non siegue lo stesso andamento della coriza; si aumenta ne' tempi umidi, non produce alcuno scolo o pochissimo; finalmente la osservazione delle fosse nasali chiarisce la presenza de' corpi estranei. Quando lo scolo addiviene purulento e fetido, bisogna temere la esistenza delle ulcerazioni nel naso.

Pronostico. — La coriza è soltanto pericolosa nel neonato o in quello che ancora succhia la mammella.

Etiologia. — La pituitaria è tra tutte le membrane quella che più spesso s' infiamma. Abbenchè la coriza sia una malattia comune a tutte le età, sembra però più frequente nel ragazzo ed in quelli di temperamento linfatico. Spesso si manifesta epidemica dopo le variazioni atmosferiche intempestive o al principiar de' freddi rigorosi. La coriza cronica è stata considerata siccome quella che apparteneva specialmente a' fanciulli linfatici. Spesse volte è venuta in seguito della dimora in luoghi umidi, e la soppressione del sudore de' piedi, l' abitudine di tener la testa nuda, e l' uso del tabacco, ec.

Cura. — La coriza acuta non richiede quasi mai cura nell'adulto. Se però la cefalalgia è viva bisogna consigliare l'uso de' pediluvj e de' maniluvj irritanti; si eviterà l'azione del freddo; il regime sarà dolce. Se il liquido che cola irrita ancora il naso e le labbra, si ungeranno queste parti con olio di mandorle dolci o con la pommata di cocomero, che s'introdurrà profondamente nel naso, siccome vien consigliato dal Signor Piorry. La cura raccomandata dal Signor Williams, la quale consiste nella completa astinenza delle bevande per lo spazio di trentasei o quarant'ott'ore, non saprebbe adottarsi, poichè sarebbe lo stesso che far sopportare un vero supplicio per una malattia di poca importanza. Le fumigazioni emollienti, che molte persone consigliano, ci son sembrate al contrario, nocive, come pure allo stesso Signor Chomel, poichè esacerbano ordinariamente la cefalalgia, e rendono la respirazione più difficile, aumentando il gonfiamento della mucosa. I fomenti emollienti però potrebbero essere utili se esistesse una grande aridità delle narici e se questo stato fosse spiacevole per i malati. Se la coriza affetta un neonato, e se è tanto intensa per produrre la chiusura quasi completa delle narici, bisognerebbe sostituire l'allattamento naturale addivenuto sin da quel momento quasi impossibile, amministrando il latte a piccoli cucchiaini da caffè, lo che non producendo una completa chiusura della bocca, permette la introduzione d'una quantità di aria per l'ematosi. Nello stesso tempo si potranno impiegare alcuni rivellenti; in fine i ragazzi saranno mantenuti in una dolce temperatura.

In questi ultimi tempi, il Signor Tessier ha proposto contro la coriza un metodo abortivo, il quale fu tanto proficuo contro le flemmasie di molte altre membrane mucose. Egli consiglia d'introdurre nelle narici un piccolo turaccio di filaccica bagnato in una soluzione di 25 a 30 centigramme di nitrato di argento per 30 gramme di acqua distillata, e farlo passare durante sei o otto secondi sulla parte anteriore ed inferiore di queste cavità. Bisogna rinnovare l'applicazione molte volte di seguito: una sola però è riuscita a distruggere una coriza dopo dieci a dodici ore.

Nella coriza cronica, si faranno prima cessare le cause produttrici o sostenitrici. Si ammineranno alcune bevande sudorifere ed alcuni lassativi; si praticheranno i fomenti nelle narici, prima emollienti, poscia aromatici. Se questi mezzi mancano di effetto, si applicherà un vescicante alla nuca, o si stabilirà una contro irritazione sull'organo vicino, come nella bocca, mediante i masticatori più o meno possenti, come per esempio il tabacco. In fine in questi ultimi tempi, hanno molto lodato le medicature topiche nell'organo affetto, specialmente le

preparazioni mercuriali e le cauterizzazioni col nitrato di argento: ne faremo parola nell' articolo seguente.

DELL' OZENA

Sinonimia. — Coriza ulcerosa, rinite ulcerosa, lezzo.

Diamo il nome di *ozena* o di *coriza ulcerosa* ad una forma di rinite anatomicamente caratterizzata dalle ulcerazioni nelle fosse nasali. Alcuni autori hanno indicato il fetore delle narici ome quello che costituisce il carattere distintivo della malattia; questo però è un accidente comune a molte malattie delle fosse nasali, (come la coriza semplice ed ulcerosa, vizi di conformazione, ec.); per conseguenza non potrebbe considerarsi come un segno patognomonico; è però cosa importantissima nella descrizione, dividere le ulcerazioni delle fosse nasali in *fetide* e *non fetide*.

Caratteri anatomici — Quando si esaminano le fosse nasali nella coriza ulcerosa, la membrana mucosa si trova spessita, gonfia, bernocoluta, friabile, distaccata per effetto di un pus fetido e distrutta in diversi punti. Le ulcerazioni sono variabilissime per la loro sede, pel numero, per la estensione ed il loro aspetto. Le une sono piccole, ed interessano soltanto la membrana mucosa ed hanno sede ordinariamente, secondo Boyer, nella parte anteriore della chiusura, al punto di riunione della porzione cartilaginea ed ossea. Le altre si osservano il più delle volte alla radice del naso, sulla mucosa che riveste le ossa proprie ed il vomero. Alcune volte, piccole, ed in questo caso numerosissime, più comunemente se ne vede soltanto una sola, al più due o tre, ma larghissime. Le une sono superficiali, le altre profonde, penetrano sin dentro l' osso, il quale in questo punto è cariato, ammolito o necrosato. I bordi di queste soluzioni di continuo sono irregolarissime. Un muco puriforme, sanguinolento, ed alcune croste, brune, nerastre, otturano le fosse nasali, le quali tramandano il più delle volte un odor fetido. Finalmente si possono osservare altri disordini maggiori, così la distruzione delle ossa proprie del naso, della chiusura, del vomero: in fine lo stesso naso può essere distrutto in tutto o in parte.

Sintomi. — La coriza ulcerosa, à luogo qualche volta in seguito della coriza acuta, o pure si manifesta in modo oscuro, e rassomiglia alla coriza cronica, della quale abbiamo già fatto parola, tanto per i sintomi quanto pel corso. In fatti l'ammalato è abitualmente molestato da gravedine; segrega molto muco, denso, giallastro, verdastro, purulento; prova un incomodo nelle fosse nasali, raramente dolore. Queste sono otturate da croste aderenti, che la maggior parte degli ammalati di-

staccano colle loro dita, lo che produce spesso un gemito di sangue; la infiammazione si aumenta per queste manovre, le quali ripetute frequentemente, possono rendere difficile ed anche impossibile la guarigione. In una forma più grave della malattia, il fluido che scappa è icoroso, fetido, e l'aria che attraversa le fosse nasali durante la espirazione è essa stessa impregnata di questo odor penetrante, insopportabile, che anno paragonato a quello del sudor de' piedi o delle macerazioni anatomiche, o a quello di una cimice schiacciata: da ciò il nome di *lezzo* dato alla malattia, o quello di *puzzo*, sotto il quale s'indicano qualche volta i malati. Quando la ulcerazione si estende alle ossa o alle cartilagini del naso, quest'organo si vede gonfiarsi, deformarsi, ed addivenir di un rosso violaceo; comprimendo colle dita in questo punto, si osserva spesso un intassamento, l'edema, una specie di scoppiettio dipendente dall'alterazione delle ossa proprie, le quali finalmente si staccano e vengon fuori o dalle fosse nasali, o da una ulcerazione de' tegumenti. In questo caso, il naso si abbassa alla sua base, mentre la punta si rialza, ciò che imprime alla faccia qualche cosa d'ignobile e di golfo.

Corso, durata, esiti. — La coriza ulcerosa à sempre un corso cronico, però può presentare di tempo in tempo delle esacerbazioni, che le imprimono momentaneamente l'apparenza di una malattia acuta. Quest'affezione, che non tende a guarirsi spontaneamente, à quasi sempre una durata lunga, indeterminata. Essa rende spesso la vita incomoda, insopportabile, però non l'abbrevia sensibilmente; quando la morte à luogo, succede sempre in seguito di qualche complicità.

Diagnosi. — Quando non avvi gravedine, come pure uno scolo giallo, verdastro o purulento, torna impossibile poter dire se la coriza sia semplice o ulcerosa. Il fetore delle narici non è nè meno un carattere distintivo, poichè abbiám veduto che poteva essere osservato nelle due forme della malattia, ed anche negl'individui che ànno la base del naso abbassata, le fosse nasali strette e viziosamente conformate. La sola osservazione delle parti, siccome lo pratica il Signor J. J. Cazenave, di Bordeaux, può solo permettere di stabilire in questo luogo il vero carattere della malattia. Per procedere a questo esame, il Signor Cazenave consiglia di collocare l'ammalato di rimpetto ad una finestra molto illuminata, piegare la testa in dietro, e far penetrare i raggi il più profondamente possibile. Se esistono delle croste, si praticeranno delle lozioni e de' fomenti emollienti perchè si distaccassero senza sforzi. Se questa esplorazione non produce alcun risultato, il Signor Cazenave prende uno stiletto di museo, flessibile e ricurvo al suo estremo a forma di uncino; egli lo introduce nelle fosse nasali per quanto

più profondamente sia possibile; poi portandolo da dietro in avanti, e facendogli eseguire de' leggieri movimenti di rotazione esplora colla estremità del musco tutta la superficie della membrana pituitaria. Se questa non è ulcerata, lo stiletto sdruciolà senza incontrare ineguaglianze; ma se poi la membrana offre delle soluzioni di continuo, lo estremo dello strumento è trattenuto da' bordi della ulcerazione. La esplorazione della quale è parola sarà praticata specialmente sulla parte della chiusura vicina alla radice del naso, poichè abbiamo veduto che questa è la sede di predilezione delle ulcerazioni. In fine, colla ispezione si può anche distinguere la coriza ulcerosa dal polipo, dalla infiammazione flemmonosa, dagli ascessi della chiusura, come anche dal cancro delle pinne del naso. Passerò sotto silenzio la coriza che accompagna il moccio e la scabbia cronica, poichè è il sintomo di un' affezione generale la quale, come lo vedremo più tardi, presenta caratteri particolari.

Finalmente diagnosticata la coriza ulcerosa, bisogna conoscere la sua natura. Se avvi poco dolore, se il muco nasale è poco alterato, se tanto questo quanto l'aria non esalano alcun odore fetido, è probabile la sola esistenza di una semplice ulcerazione, la cui guarigione sarà facile. Se poi l'odore è fetido, se lo scolo nasale è icoroso, purulento, bisognerà considerare l'ulcera siccome più grave, e si cercherà conoscere se fosse sintomatica di uno stato costituzionale, come la sifilide la scrofolà; questo problema verrà chiarito mediante i commemorativi e lo studio de' sintomi concomitanti.

Pronostico. — Se la coriza ulcerosa non compromette la esistenza, costituisce almeno una malattia incomoda, ripugnante, e che alla lunga può produrre una mutilazione.

Etiologia. — La coriza ulcerosa è rara prima di dieci anni, si osserva specialmente nella gioventù e nella età adulta; nulla si conosce della influenza del sesso; qualche volta pare essere ereditaria. Una costituzione debole, scrofolosa, sembra predisporvi; non si conosce precisamente se le persone le quali spesso van soggette alla coriza vi siano più predisposte delle altre. In quanto alle cause occasionali esse sono ignorate nella maggior parte de' casi; tuttavia non cade dubbio che l'ozena è stato qualche volta consecutivo alla estirpazione del polipo; altre volte la malattia sembra essere l' accidente delle scrofole; più spesso in fine l'ozena è anche prodotto dalla sifilide costituzionale, ed in questo caso specialmente si osserva la distruzione delle ossa e delle cartilagini del naso.

Cura. — Moltissimi agenti terapeutici sono stati consigliati contro la coriza ulcerosa. Quando gli accidenti acuti esistono, bisogna combatterli col regime antilogistico e co' rivellenti, colle lavande, le iniezioni ed i fomenti emollienti; con quest' ul-

timo mezzo si provocherà la caduta e l'uscita delle croste che otturano le fosse nasali, e che sono una causa permanente d'irritazione: i malati non dovranno mai distaccarle a forza. Poi si useranno le iniezioni detersive col cloruro di calcio o di sodio (2 gramme in 150 a 200 gramme di acqua d'orzo) con una decozione di rose rosse o con una soluzione di sotto acetato di piombo. Può anche prepararsi una pomata, o un cerato sia con questo, sia col minio e la cerussa, che l'introdurranno nel naso coll' aiuto di un pennello o di uno stiuello. Da un secolo in poi i mercuriali sono stati amministrati a differenti epoche contro la coriza ulcerosa non sifilitica. Il Signor Trousseau à in questi ultimi tempi ristabilito questa pratica: à consigliato a' malati colpiti da coriza cronica semplice o ulcerosa, di prendere sette o otto volte al giorno un pizzico di una polvere fatta con un miscuglio di protocloruro di mercurio (1 gramma 30 centigr.), di ossido rosso (60 centig.) e di zucchero candito (16 gram.). Il Signor Trousseau inietta pur anche una soluzione di sublimato. Per esempio, si possono sciogliere 8 gramme di sublimato in 380 gramme di acqua; poscia si prende un mezzo cucchiaino da caffè sino a due cucchiaini di questa soluzione la quale si mette in un bicchiere di acqua per farne delle iniezioni. Questi topici saranno indicati specialmente quando l'ozena è di natura venerea; in questo caso però l'ammalato dovrà essere sottoposto ad una cura mercuriale regolare, e vi si associerà l'uso de' sudoriferi. La costituzione scrofolosa esigerà a suo luogo l'uso de' tonici, de' ferruginosi; in fine, ne' casi ostinati, si modificheranno le superficie colla cauterizzazione. Per metterla in pratica, il Signor J. J. Cazenave, il quale à tanto raccomandato questo mezzo, porta un toccalapis di nitrato di argento sulla ulcerazione, e non avendola potuto scovrire introduce e gira il caustico per quanto più possibile nell'interno delle fosse nasali. Se ciò non produce effetto, il Signor Cazenave propone d'introdurre un pennello impregnato di una soluzione di nitrato di argento (1 o 2 gramme per 30 gram. di acqua), o d'iniettare questa stessa soluzione mediante una siringa ricurva, dando a' malati una posizione tale che il liquido penetri per quanto è possibile nella faringe. Ne' casi in cui tutti questi mezzi falliscono, bisognerà consigliare alcuni palliativi per mascherare l'odor fetido che i malati esalano; con questo scopo si fa loro succiar col naso molte volte al giorno l'acqua tiepida clorurata, o pure un acqua renduta odorifera con la menta, la salvia, e l'acqua di melissa.

DELLA OTITE

Sotto il nome di *otite* si comprendono tutte le infiammazioni dell'interno dell'orecchio. Si dividono per la sede in *esterne ed interne*. Nel primo caso la flemmasia circoscritta al meato uditorio esterno, non oltrepassa la membrana del timpano; nel secondo, occupa una o molte delle parti che costituiscono l'orecchio interno. Pel suo andamento l'otite si divide in *acuta e cronica*.

Caratteri anatomici.—Nella otite acuta esterna la pelle sottile che tappezza il meato uditorio esterno è iniettata, rossa, e spesso molto gonfia sino ad obliterare completamente questo canale; allora presenta l'aspetto di una membrana mucosa. Alla sua superficie si possono vedere delle vescichette, delle pustole, de' piccoli ascessi, ed anche delle ulcerazioni; qualche volta è distaccata dal pus, ed in questo caso le cartilagini sottostanti possono essere qualche volta rammollite e perforate. Le ossa poi, sono raramente alterate; spesso la membrana del timpano è perforata o distrutta. Nella otite interna, si osservano le differenti parti costituenti l'orecchio interno, specialmente la cavità del timpano, le cellule mastoidee, il condotto di Eustachio tappezzati da una mucosa rossa, gonfia, ammolita, ulcerata; queste cavità e gli stessi canali semicircolari sono alcune volte ripieni di una materia saniosa e purulenta; finalmente le ossa tosto sono affette a suo tempo. Queste lesioni sono ben altrimenti gravi e profonde nella otite cronica più generalmente indicata sotto il nome di *otorrea purulenta*. In fatti in questa si osservano delle vegetazioni fungose nel meato uditorio interno; la membrana del timpano è completamente distrutta, e gli ossetti dell'udito sono distaccati, liberi, o non esiste più alcuna traccia, essendo stati portati via dalla suppurazione durante la vita. Le ossa sono cariate in uno o in molti punti; la carie si osserva specialmente nell'apofisi mastoidea, e nell'osso petroso in vicinanza de' canali semicircolari: il meato uditorio interno è colpito più raramente. In quei casi in cui l'osso petroso è in questa guisa tarlato, necrosato, cariato in tutta la sua spessezza, si osservano spesso delle gravi lesioni verso il cervello e le sue membrane. Quindi la dura madre è nerastra, distaccata dall'osso, e la porzione corrispondente del cervello è ammolita o addivenuta la sede di un vasto ascesso il più delle volte chiuso in una cisti, la cui cavità comunica alcune volte con l'interno dell'orecchio mediante molte aperture o fori dell'osso petroso: i disordini però non presentano sempre questa estensione ne questa gravezza. In fatti spesso volte l'infiammazione cronica della parte media dell'orecchio, e soltanto ca-

ratterizzata da uno spessamento, da un gonfiamento della mucosa, con accumulo nella sua superficie di diverse concrezioni. Una delle alterazioni però più frequenti, secondo il rapporto del dottor Toynbee, sarebbe la formazione degl' imbrigliamenti membranacei nelle differenti parti della cavità del timpano; esse sono qualche volta talmente numerose secondo lui, da occuparla quasi intieramente. Queste aderenze sono specialmente pronunziate tra le gambe della staffa e le pareti contigue della cavità del timpano. Si comprende facilmente, che deve risultarne un disturbo più o meno profondo nelle funzioni dell'organo dell'udito. (T. VIII des *Transac. médic. chirur. de Londres*, 1845).

Sintomi e corso della otite acuta. — 1.° Otite esterna.

Nella sua forma più leggiera, cioè nella infiammazione erisipelacea del meato uditorio quando il rossore non è accompagnato da alcuna tumefazione, i malati accusano nell'orecchio, calore, prurito, alcune punture con dolori di testa, de' susurri, poi la sordità. Si formano delle squame, ed il cerume fatto più consistente addiviene qualche volta brunastro ed anche nero. Spesso in seguito di questa infiammazione si formano nel fondo del meato uditorio delle specie di turaccioli o di zaffi duri come un pezzo di creta, e che possono essere estratti senza dolori e senza grandi difficoltà.

In una forma più intensa della otite, il meato uditorio è la sede di un calore scottante, spesso vi sono dolori, è più o meno ristretto, e si osservano sul mento delle vescichette e delle pustole di un piccolo volume, o delle specie di vegetazioni fungose o carnose, la pelle rossa ed arida segrega tosto un liquido sieroso o mucoso purulento. Questa specie di otite nella quale il tessuto glandolare è forse più colpito, è stata chiamata *catarrale*; Kramer dice che essa dura spesse volte per anni interi, senza estendersi al di là della pelle, senza occupare le ossa, nè provocare la perforazione della membrana del timpano, la quale però è rossa; qualche volta poi accade che sotto la influenza di un raffreddamento, la flemmasia si propaga all'orecchio interno, ed anche sino al cervello istesso. In alcuni lo scolo può cessare all'atto, in modo da far credere una completa guarigione; in simil caso però; dice Kramier, se si esamina il fondo del condotto uditivo mediante lo speculo, le parti interne si trovano sempre alterate, il fluido segregato è più denso, si accumula e si condensa profondamente.

In una terza forma di otite la flemmasia addiviene flemmosa, cioè guadagna sin anche il tessuto cellulare. Allora gli ammalati provano de' dolori vivi, lancinanti che loro fanno mander de' gridi; la masticazione, i movimenti, l'impressione del caldo e del freddo li esaspera; l'udito di questa parte è dimi-

nuito o perduto; i malati si lagnano de' susurri e de' sibili per effetto della membrana che ottura o oblitera il condotto. Nello stesso tempo, esiste uno stato di mal' essere, qualche volta la febbre e la cefalalgia con emicrania. Se il dolore dell' orecchio è vivissimo, e se l'individuo è nervoso, può manifestarsi il delirio. Verso il terzo o quarto giorno però, questi sintomi diminuiscono d'intensità, e questa diminuzione coincide quasi sempre collo scolo di un pus senza odore o fetido, il quale à luogo pel condotto uditorio, e che cessa ordinariamente alla fine di alcuni giorni.

2.^o *Infiammazione acuta della membrana del timpano.* — Questa malattia, dice Kramer, si manifesta all'improvviso; dà luogo ad un dolore più o meno vivo, occupa il fondo del meato, che si estende alla sommità della faringe od al collo; essa si accompagna ordinariamente da susurri e da rumori variati. La membrana del timpano, messa allo scoperto mediante lo speculo, è rossa a forma di piastre; quando la malattia è più acuta, tutta la membrana è affetta; essa è di un rosso vivo e disseminata di una moltitudine di piccole protuberanze glandulari. I dolori sono laceranti; l'udito è debole; avvi febbre; la segregazione del cerume è sospesa. Se la malattia è mal curata, o se è abbandonata a se stessa, uno scolo puriforme, striato di sangue, à luogo per l'orecchio. La sordità progredisce, ed esaminando di nuovo lo stato della membrana, la si trova forata da molte aperture, le quali non possono essere più larghe della puntura di una spilla: qualche volta hanno il diametro di un pisello. In fine in casi anche più gravi, i due terzi del timpano sono distrutti e gli avanzi della membrana sono coperti di escrescenze o di vegetazioni. Se la malattia è convenevolmente curata, la febbre cessa, i dolori si calmano, i sussuri scompaiono: la sordità però accresce in ragione dello spessimento che subisce il timpano in seguito di un infiltramento sieroso che si stabilisce tra i strati membranosi che lo compongono. Può anche subire la trasformazione cartilaginea o ossea, ed allora addi viene affatto insensibile al contatto degli strumenti.

3.^o *Infiammazione catarrale, della parte media dell' orecchio.* — Questa malattia, sia che affetti un sol' orecchio, sia che colpisca tutti due, non è accompagnata generalmente da alcun dolore; i malati però provano profondamente, gli uni dei pruriti, altri degli scoppiettii: vi sono susurri e sordità in tutti i casi. Il cateterismo della tromba di Eustachio e la insufflazione dell' aria sono, dice Kramer, i due mezzi indispensabili per arrivare ad una certa diagnosi. In fatti, aggiunge lo stesso autore, non si può dubitare affatto della esistenza di un ingorgo mucoso della cassa quando l'aria che è spinta dalla tromba vi perviene e risuona dietro il timpano con un rumore di grosso

rantolo umido. Questa diagnosi è anche molto più positiva quando, in seguito di questi fenomeni, il malato si avverte che sente meglio. In questi casi d'ingorgo catarrale che il Signor Mènière à osservato, siccome un fenomeno costante ed in qualche modo patognomonico, un colorito insolito della membrana del timpano, la quale essendo di un rosso carico, tosto si fa di un color di piombo ed anche di lavagna.

L'ingorgo della parte media dell' orecchio è una malattia di lunga durata; spesso si liga ad una costituzione strumosa, ed à luogo frequentemente dietro un' affezion catarrale della gola ed all' impressione del freddo umido.

4.º Infiammazione dell' orecchio interno. — Sotto il nome di otite interna si comprende generalmente la infiammazione del tessuto cellulare e del periostio della cassa. In questo caso gli accidenti sono molto più gravi de' primi. In fatti, il dolore dell' orecchio è atroce, intollerabile, avvi febbre, nausea vomiti, cefalalgia viva, agitazione, veglia, convulsioni, delirio e coma. Questi accidenti sono il più delle volte un effetto puramente simpatico, alcune altre volte però indicano una complicazione infiammatoria per parte delle meningi o del cervello. La malattia termina rapidamente colla suppurazione. Quando il pus è accumulato nella cassa del timpano, ascoltando l' orecchio durante i violenti sforzi di espirazione, e quando l' aria attraversa questo liquido, si può sentire spesse volte una specie di rantolo sotto crepitante, e qualche volta un vero gorgogliamento (Mènière). Però il pus dopo essere rimasto lungo tempo imprigionato nell' orecchio, finalmente si fa strada al di fuori; spesso sgorga bruscamente a guisa di onda dal condotto uditorio interno, dopo aver forato la membrana del timpano; più raramente scola dalla tromba di Eustachio, ed i malati in questo caso sputano una materia puriforme, il che mantiene nella loro bocca un sapore ed un odore spiacevolissimo. Finalmente l' apofisi mastoidea può cariarsi e perforarsi; allora il pus sfugge per questa via, dopo aver prodotto un ascesso esterno. La suppurazione tende più a perforare il timpano e ad uscire dal condotto uditorio esterno anzichè dalla tromba, poichè dalla osservazione del Signor Itard nelle malattie della parte media dell' orecchio, la tromba prende parte all' affezione almeno nove volte su dieci. Dobbiamo anche notare che quando il pus si fa strada a traverso l' apofisi mastoidea accade, siccome lo à fatto osservare J. L. Petit che l' ascesso sparisce nel momento in cui si dispone per l' apertura, ma ricomparisce colla stessa facilità; e ciò quasi à volontà, facendo soffiare con forza l' ammalato, mentre che la bocca e le narici si mantengono chiuse.

Durata esiti. — L' otite può durare cinque o sei giorni; altra volta si prolunga per lo spazio di un mese: al di là di

quest' epoca , si dice che essa è passata allo stato cronico. La forma catarrale è quella la quale tende meno a guarirsi spontaneamente. Quando la infiammazione colpisce soltanto il condotto esterno , i malati guariscono completamente ; accade però qualche volta che essi rimangono per lungo tempo coll' udito duro, lo che dipende forse dallo spessimento della membrana del timpano. In seguito però della otite interna , è raro che i malati non rimanghino con un udito aspro, spesso sono anche completamente sordi. Alcuni muoiono per la violenza degli accidenti cerebrali.

Sintomi, corso ed esiti della otite cronica. — L' otite cronica può succedere dietro la forma acuta o essere anche primitiva. Siccome la infiammazione acuta , può essere interna ed esterna , circoscritta alla pelle del collo o interessare la membrana del timpano. Spesso non avvi alcun dolore , e la malattia consiste soltanto in uno scolo di un pus giallo e gregiastro, abbondante , accompagnato da sussuro e durezza dell' udito. Se la membrana del timpano è affetta , lo *speculum oris* la fa osservare opaca , spessita , ineguale , spesso perforata , specialmente alla parte anteriore o al di sotto della lunga branca del martello. Quando quest' alterazione esiste si vede l' aria uscire con bollicamento o con sibilo dal condotto uditorio esterno tosto che si fa soffiare fortemente l' ammalato, come accade nell' azione di soffiarsi il naso ; bisogna allora aver cura di otturare il naso tra li dita per impedire che l' aria abbia uscita dalle narici , e per costringerla ad introdursi nell' orecchio per l' apertura della tromba di Eustachio. Se l' orecchio interno è invaso , l' udito è quasi sempre interamente perduto , a causa de' gravi disordini che esistono : quindi la suppurazione è più abbondante , essa è grigiastrea , saniosa , nerastra fetida , mista a' de' pezzettini di ossa , che si riconoscono per essere il più delle volte gli ossicini dell' udito , cariatì o necrosati. Se l' osso petroso è alterato, si finisce per osservare diversi accidenti cerebrali : quindi alcuni ammalati soffrono una paralisi facciale quando la lesione , occupando il condotto di Falloppio , il nervo motore della faccia che lo attraversa si trova compresso e qualche volta distrutto. Se l' osso petroso è alterato in tutta la sua spessezza , de' sintomi cerebrali più gravi non tardano a manifestarsi , ora in un modo acuto , se avvi encefalite o meningite , ora lentamente se un ascesso chiuso in una cisti à luogo. Nell' uno e nell' altro caso , la segregazione del pus diminuisce ordinariamente , ciò che spiegasi pel travaglio infiammatorio del cervello , il quale agisce sull' orecchio come un mezzo rivellente. In questi stessi casi il Signor Bruce di Liverpool , à veduto manifestarsi qualche volta la infiammazione de' seni della dura madre, di che si potrà esser convinto richiamando alla mente i rapporti de' seni pe-

troisi coll'angolo superiore del temporale, e quando si osserva che i seni laterali collocati in un'apofisi profonda della faccia posteriore dell'osso, sono soltanto separati da una leggiera chiusura ossea delle cellule mastoidee e della cavità del timpano.

Hanno descritto una specie di otite cronica che ànno chiamata *secca*, perchè non accompagnata da alcuna segregazione morbosa. In questo caso, il condotto uditorio esterno è di un color rosso vivo e non segrega più cerume; si trovano soltanto alcune scaglie, ed è la sede abituale di un dolore pruriginoso; l'udito è più o meno alterato. Se la otite è interna, i malati provono un incomodo profondo nell'orecchio: l'udito è duro, e si osservano in oltre diversi fenomeni, de' quali abbiám parlato poco fa trattando della infiammazione catarrale della parte media dell'orecchio.

Diagnosi. — La diagnosi della otite esterna non può presentare alcuna difficoltà. Si veggono però commettere molti errori grossolani. In fatti, si considerano frequentemente siccome colpiti da sordità incurabili, alcuni individui i quali, per effetto di una otite superficiale, ànno nel fondo del condotto uditivo un ammasso di materia ceruminosa più o meno dissecata, e che mista a delle lamine epidermiche ed a certi peli corti e ruvidi, forma un turraccio il quale rende l'udito duro, o che l'abolisce completamente. Per scovrire questo corpo estraneo e lo stato anatomico della membrana del condotto, basta il più delle volte, siccome lo dice Kramer, tirar l'orecchio in alto ed in dietro, ed esporre l'orificio del meato ai raggi del sole. Molto meglio vale servirsi dello *speculum oris* il quale fa facilmente scovrire la causa della sordità.

La infiammazione della membrana del timpano specialmente nello stato cronico, è quasi sempre sconosciuta, perchè raramente si esamina l'organo ammalato, e perciò solamente mediante lo speculum può conoscersi la lesione. In fatti, quando non ancora esiste alcuno scolo, la violenza del dolore e gli accidenti cerebrali che esistono potrebbero far credere una meningite. Nella otite però, il dolore, comunque generale possa essere, à sede specialmente nell'orecchio. La pressione esercitata sull'osso temporale e specialmente sull'apofisi mastoidea lo esacerba; lo stesso accade de' movimenti della mascella. I susurri degli orecchi, la sordità ed i risultati dell'ascoltazione permettono ancora di stabilire la diagnosi della malattia. Questi caratteri controdistinguono ancora l'otite dalla *otalgia*, specie di nevralgia di uno de' nervi dell'orecchio (nervo acustico, corda del timpano, ramo anastomotico di Jacobson); poichè nella otalgia avvi un dolor vivo, atroce, il quale si sviluppa istantaneamente e cede nella stessa guisa. Quando il pus scappa al di fuori, non rimane più dubbio sulla natura della malattia:

bisogna però esser preveniti che la suppurazione può uscir fuori per la tromba di Eustachio. Diciamo però che la otalgia è malattia rara, talmente rara che un uomo di una vasta esperienza come il dottor Kramer, ne à potuto anche contrastare l'esistenza. Questo celebre medico del resto dichiara in fatti non aver mai osservato dolori acuti nelle orecchie i quali non dipendessero da' fenomeni infiammatori ben distinti, sia alle pareti del meato sia alla membrana del timpano. Da ciò la necessità in tutti i casi di dolori di orecchio, e generalmente in tutti i disturbi dell' udito, di esplorare l' organo mediante lo speculum. È necessario pure pel pronostico, determinare con molta attenzione la estensione de' disordini. Per ottenere questo scopo, basta però ricordarsi ciò che abbiám detto altrove su i segni che annunziano il perforamento della membrana del timpano e la carie dell' osso petroso.

Pronostico.— L' otite esterna è grave specialmente quando produce spesso per conseguenza una otite interna. Quella che è parziale, che si concentra nel fondo del meato, all' intorno della membrana del timpano, è spesso incurabile poichè questa si trova frequentemente indurata, spessita o perforata. L' otite interna costituisce sempre una malattia pericolosa, poichè occasiona quasi necessariamente una infermità incurabile e spesso à un esito funesto.

Etiologia.— L' otite affetta in preferenza i fanciulli ed i giovani. Si dice che gli scrofolosi vi sono più predisposti; i numerosi scoli però dell' orecchio che si osservano in essi non dipendono sempre da un lavoro infiammatorio; il più delle volte sono l' effetto di una semplice secrezione morbosa, di un catarro, o pure dipendono da un' alterazione delle ossa, simile a quella che osservasi in molte altre parti del corpo, alla quale la infiammazione è affatto estranea. Vi sono moltissime malattie al declinar delle quali l' otite à luogo frequentemente: si osserva in preferenza dietro il morbillo, il vaiuolo, la febbre tifoidea e la eticia polmonale. Nella maggior parte de' casi, l' otite si mostra in modo spontaneo e sotto la influenza di cause affatto locali, come l' impressione di una corrente di aria fredda ricevuta sull' orecchio, l' accumulo del cerume, la introduzione di un corpo estraneo, certe operazioni per distruggere le vegetazioni ed i polipi. Harl ed alcuni medici dopo di lui àn creduto che un ascesso primitivamente sviluppato nel cervello, poteva, aprendosi nell' orecchio interno, infiammarlo o produrre una varietà di otite che chiamasi *otorrea cerebrale*; de' fatti più severamente osservati però ànno dimostrato che, l' ascesso lungi di essere la causa dell' otite, era soltanto una lesione consecutiva alla infiammazione dell' orecchio ed alla carie dell' osso petroso.

Cura. — L'otite resipelacea esige soltanto l'uso di alcune iniezioni emollienti. Quando à prodotto il turaccio ceruminoso il quale oblitera affatto il condotto uditivo, non bisogna estrarlo bruscamente colle pinzette, poichè si determinerebbero vivi dolori e si darebbe luogo alle lacerazioni; bisogna però spingere più oltre nell'orecchio, mediante un elisopompa, uno getto di acqua molto forte, per ammolire la massa, la quale si distacca tosto di per se stessa ed esce in un sol pezzo o a frammenti; quindi la sordità cessa istantaneamente. Ma siccome al di sotto della concrezione, la membrana del condotto rimane sempre rossa e sensibile, bisogna per molti giorni di seguito ripetere le iniezioni emollienti, rendendole leggermente risolutive mediante una piccola quantità di sotto acetato di piombo.

Nella otite più acuta bisogna opporre un metodo antiflogistico. Se la flemmasia è di mediocre intensità, si può, allo sviluppo, limitare la cura ad alcune iniezioni emollienti, ed applicare de' cataplasmi calmanti sull'organo, ed amministrare alcuni piediluvii irritanti. Ma se il dolore è vivissimo, conviene applicare prima di tutto una quantità di sanguisughe sulle apofisi mastoidee, ed alla tempia, e se avvi molta febbre si praticherà il salasso generale. Kramer biasima le iniezioni oppiate raccomandate da altri medici. Questi medicamenti associati agli evacuanti intestinali e specialmente a' drastici, come pure i rivellenti applicati sulla pelle della regione mastoidea, converranno pure nella infiammazione della membrana del timpano non che nella otite interna, solamente in questa la cura sarà spinta con molta attività, e regolarsi siccome si praticherebbe in una malattia grave che potrebbe produrre la morte con molta rapidità. Quando la suppurazione è accumulata nell'orecchio interno, bisogna affrettarne la evacuazione, per evitare i gravi disordini che potrebbero risulterne. In questi casi àn proposto di dissotcurare il condotto di Eustachio, di perforare l'apofisi mastoidea o la membrana del timpano: quest'ultimo mezzo è generalmente quello che merita la preferenza. La perforazione dell'apofisi mastoidea è stata quasi abbandonata dopo i tre casi di Itard privi di successo: il Signor Dezeimeris però, manifestando i principali casi di questa operazione, i cui risultati sono conosciuti, à veduto che su quattordici perforazioni, nove erano riuscite. Checchè ne sia, l'ascesso una volta aperto, bisogna favorire l'uscita del pus colla posizione e le iniezioni. Queste non ànno una grande utilità nella otorrea purulenta; esse servono soltanto a dare uscita al pus. Dovranno essere quasi sempre emollienti e detersive; i liquidi irritanti o astringenti, che s'impiegano troppo presto, producono spesso degli accidenti acuti. Nella otite catarrale però, quando la pelle del meato è solamente rossa, ma senza erosione, nè vescichetta nè fungo-

sità, Kramer si loda moltissimo delle iniezioni saturnine (15 cent. a 4 dec. s. acet. di piombo in 30 gram. di acqua). Per gli oleosi , i quali in generale sono molto in uso , bisogna astenersene , poichè l' olio facendosi rancido, addiviene irritante , e concretandosi forma ostacolo allo scolo del pus , lo che è sempre una incomoda circostanza. Per modificare lo stato delle superficie suppuranti , bisogna sperare buoni effetti da un metodo rivulsivo : quindi per la otite esterna , si comincerà coll' applicare un vescicante dietro l' orecchio o alla nuca : nella otite interna però , questo mezzo è insufficiente , e conviene sostituirlo dal setone. Nello stesso tempo conviene amministrare internamente i medicamenti atti a combattere certi stati generali i quali possono per se soli produrre e sostenere l' olerrea , come sarebbe la costituzione scrofolosa alla quale si opporranno i mezzi atti a combatterla. Se avvii carie delle ossa , si sperimenteranno le acque minerali , alcaline solforose internamente , ed esternamente sotto forma d' iniezioni di docciature di bagni. Contro l' otite secca , se occupa il condotto uditorio esterno , si praticeranno le iniezioni sedative , mucilagginose , poi leggermente alcaline ; se questi mezzi falliscono , si modificherà lo stato delle superficie mediante la cauterizzazione col nitrato di argento. In fine nello ingorgo cronico dell' orecchio medio si opporrà il cateterismo della tromba di Eustachio colla insufflazione dell' aria.

INFIAMMAZIONI DEGLI ORGANI DELLA SECREZIONE ED ESCREZIONE URINARIA

DELLA INFIAMMAZIONE DE' RENI

Fino a questi ultimi tempi ànno compreso sotto il titolo di *nefrite* le infiammazioni acute e croniche de' diversi tessuti che compongono la organizzazione de' reni. Le ricerche però de' moderni osservatori , particolarmente quelle di Bright e di Christison in Inghilterra , come pure i bei travagli del Signor Rayer in Francia ànno dimostrato che la infiammazione poteva colpire differenti sedi. Quindi è che la si vede invadere isolatamente la sostanza corticale e tubercolosa , o pure la membrana degli ureteri e della cavità della pelvi : la prima si chiama *nefrite* , ed alla seconda , si dà il nome di *pielite*. Queste due specie d' infiammazioni coesistono spesso nello stesso individuo e possono mostrarsi e l' una e l' altra nello stato acuto e cronico. Gli autori , ed il Signor Rayer specialmente , ànno pur anche ammeso molte specie o varietà d' infiammazioni renali , specialmente avendo riguardo alle cause che le producono ed alle circostan-

ze nelle quali essi si sviluppano : queste distinzioni però ci son sembrate poco importanti , delle quali perciò non ne terremo alcun conto in questo luogo. In quanto alla malattia alla quale il dottor Bright à dato il suo nome , e che alcuni autori ànno considerato come una varietà d' infiammazione renale , rimandiamo lo studio di essa alla fine del t. 11°; poichè non sapremmo d' ora innanzi considerare questa malattia altramente , se non che come una lesione di nutrizione speciale del tessuto de' reni , ed alla produzione della quale l' infiammazione non prende alcuna parte.

DELLA NEFRITE

Caratteri anatomici. — Nel primo grado della infiammazione , i reni si trovano aumentati di volume in parte o in tutto , secondo che la malattia è generale o parziale. Allo esterno dell' organo esiste un colorito che varia dal rosso al bianco carico: esso è uniforme o pure disposto a guisa di piastre , di arborizzazioni sottili o piccoli punti , nell' intervallo de' quali si distinguono ad occhio nudo o mediante la lente una quantità di piccoli punti. Questi sono di un rosso vivo , più raramente sono neri , o non presentano alcun rilievo; disposti a guisa di linee, raramente sono aggruppati tra loro : sono visibili quando si taglia la sostanza corticale , ma esistono specialmente alla superficie dell' organo. Questi corpi non sarebbero altra cosa , secondo il Signor Rayer , se non che le glandole del Malpighi molto iniettate. Dividendo i reni longitudinalmente ed in tutta la loro spessorezza , si conosce che la sostanza tubulare e corticale è più consistente : ordinariamente è friabile , più raramente ammolita ; presenta in oltre un color rosso più o meno carico , a causa della grande quantità di sangue che contiene , e che scola , quando s' incide l' organo o pure quando si preme tra le dita. Oltre di queste parti iniettate , il Signor Rayer ne à trovato qualche volta delle altre dove la sostanza de' reni era anemica : quest' alterazione però si osserva più comunemente nella malattia che chiamasi malattia di Bright. Le lesioni che abbiamo enumerate costituiscono il primo grado della nefrite. Però è raro osservarle , atteso che la infiammazione de' reni non à un esito funesto se non che ad un' epoca più avanzata , e quando la suppurazione è già formata ne' tessuti. In questo caso il pus si osserva specialmente nella sostanza corticale , raramente vi è infiltrato , ma quasi sempre lo si trova riunito in piccoli focolari solitari o molteplici del volume di un pisello o di un' avellana. Molti di questi accessi possono colla loro riunione formare una collezione più vasta. Però la specie di nefrite che ora studiamo , raramente produce degli estesissimi accessi. Le vaste

suppurazioni che occupano tutto intero un rene dipendono meno, come lo à dimostrato il signor Rayer, da una nefrite semplice anzichè da una infiammazione primitivamente sviluppata nei calicetti, o nella cavità della pelvi (vedi appresso *Pielite*). L'abile osservatore da me citato dice pure che in vece del pus può trovarsi in un rene infiammato un semplice deposito di linfa plastica simile a quella che abbiamo indicata nella splenite. Quest' alterazione sarebbe quasi costante, secondo il Signor Rayer, nella nefrite che egli chiama *reumatica*. La cangrena dei reni è un' alterazione la quale sin ora è stata appena osservata. Sarà distinta pel colore livido, brunastro, de' tessuti, pel loro ammolimento, e specialmente per l' odore caratteristico che essi esalano.

Quando la nefrite semplice esiste nello stato cronico, i reni presentano il più delle volte un volume meno considerabile; essi sono atrofici, duri, più pesanti; la loro superficie più o meno marmorea, azzurrognola, del color di lavagna, qualche volta quasi pallida ed anemica è distinta dalle depressioni, delle quali alcune sono il risultato delle cicatrici, o pure vi sono delle protuberanze. Queste sono costituite ora dalla sostanza corticale, la quale sembra aver subito in questo punto alcun poco d' ipertrofia; altre volte sono formate da un versamento di materia fibrinosa nell' interstizio de' tessuti.

Sintomi, corso. — Secondo il Signor Rayer la nefrite acuta invade quasi sempre con un brivido di freddo più o meno prolungato; poscia siegue il dolore. Questo il più delle volte è sordo, continuo, profondo, e si risveglia qualche volta solo quando si comprime fortemente la regione renale. Può occupare un sol rene o pure tutti due contemporaneamente. In quest' ultimo caso, esso predomina in uno de' lati; la pressione lo esacerba quasi sempre, lo che avviene pure spessissimo per effetto de' movimenti di flessione del tronco, delle scosse della tosse e del decubito alla supina. Fisso quasi sempre al livello dell' organo affetto, si propaga spesso verso il diaframma, ma specialmente verso gli ureteri, la vescica, i testicoli, o gl'inguini, dove si fa sentire in modo penosissimo. Benchè, nella maggior parte de' casi, i reni infiammati siano aumentati di volume, raramente però formano un tumore percettibile sotto il tatto che si esercita sull' addome ed anche sotto la percussione. Con quest' ultimo modo di esplorazione si possono circoscrivere alcune volte però molto esattamente, purchè la parete addominale anteriore sia poco spessita e molto floscia da pervenire sull' organo affetto. L' urina è sempre alterata nella sua quantità e nelle sue qualità: quindi è comunemente meno abbondante, e può non esser segregata non solo quando i due reni sono simultaneamente affetti, ma anche quando un solo è am-

malato, lo che spiegasi per la simpatia che il rene affetto esercita sul suo congenere. Esaminata l'urina per le sue proprietà fisiche e chimiche, nella nefrite semplice qualche volta è alquanto sanguinolenta, lo che le imprime un color carico; l'acido nitrico ed il calore dimostrano spesso la presenza dell'albumina; questo prodotto però ordinariamente esiste in piccola quantità ed in modo affatto passeggero. L'urina della quale è parola, appena è acida, spesso neutra, o anche alcalina, e contiene meno acido urico ed urati di quello si osserva nello stato normale. Vi si rinvengono pure de' depositi mucosi o purulenti, lo che secondo il Signor Rayer, indica molto meno una flemmasia della sostanza corticale e tubolare che di quella de' calicetti, della cavità della pelvi, degli ureteri e della vescica. Nella nefrite dunque, l'urina non ha alcun carattere costante e per conseguenza caratteristico.

La nefrite è sempre accompagnata da un movimento febbrile più o meno intenso, e proporzionato alla intensità della malattia; quasi sempre si osserva qualche disturbo nelle funzioni degli organi digestivi, così bocca amara, nausea, incitamento al vomito, costipazione. Raramente si osservano accidenti gravi di malignità o di putredine, siccome il coma, il delirio, la prostrazione, le fuliginosità de' denti e della lingua, ed i raddoppiamenti febbrili che simulano gli accessi della febbre remittente perniciosa. Simili accidenti in fatti sono eccessivamente rari, e si osservano soltanto ne' casi in cui, la nefrite essendo doppia, la secrezione urinaria è sospesa. Si comprende che la stessa cosa deve succedere ne' casi in cui, esistendo un sol rene, la infiammazione lo invade nella sua totalità.

Esiti, durata. — La nefrite ordinariamente termina colla risoluzione; allora i sintomi precedentemente descritti scompaiono insensibilmente, e la secrezione urinaria ritorna al suo stato fisiologico. La malattia in questi casi è una durata che varia tra il settimo ed il quindicesimo giorno. L'esito per suppurazione non è affatto annunziato se nonchè da' segni razionali, tali quali la preesistenza della febbre, i raddoppiamenti notturni, i brividi di freddo irregolari, i sudori, e gli accidenti tifoidei. La presenza del pus nell'urina che molti hanno indicato come un fenomeno costante, pel contrario è rarissimo. D'altronde indica forse meno una nefrite parenchimatosa anzichè una infiammazione primitiva o consecutiva del calicetto o delle cavità della pelvi. Ne' casi rari in cui la nefrite termina colla gangrena, i sintomi tifoidei sono anche più distinti, la prostrazione è estrema, l'urina nera fetida, ed è stata paragonata in questo caso all'acqua del letame.

In fine la infiammazione passa spesso allo stato cronico. In questo caso abbiain veduto che il tessuto renate era atrofiato o indurato; ma nulla avvi ancora di stabilito sulla natura degli accidenti che si osservano. Alcuni ammalati provano un dolore abituale ne' reni; la loro urina è poco acida; alcune volte è neutra o anche alcalina; le estremità inferiori sono deboli; finalmente si dimagrano, e la loro costituzione si altera. In moltissimi casi però, le lesioni che caratterizzano la nefrite cronica esistono senza suscitare alcun disturbo ben distinto nella salute, e, siccome lo dice ragionevolmente il Signor Rayer, è impossibile di stabilire a giorni nostri sino a qual punto l'induramento renale debba pervenire per essere incompatibile coll' esercizio a poco presso regolare della segregazione urinaria. Checchè ne sia, risulta dalle ricerche specialmente del Signor Rayer che nella nefrite cronica, siccome la comprendiamo in questo luogo, le urine non sono quasi mai purulenti: lo stato torbido che presentano spesso dipende dalla grande quantità di fosfati che vi sono sospesi. La nefrite cronica à una durata lunga e sempre indeterminata, ed offre spesso delle esacerbazioni.

Diagnosi. — Un dolore più o meno vivo al livello de' reni, la diminuzione della segregazione urinaria, lo stato alcalino o neutro dell' urina, o almeno una diminuzione nell' acidità di questo liquido, sono, colla febbre, i brividi d' invasione ed i disturbi degli organi digestivi i soli segni che possono indicare una infiammazione acuta della sostanza de' reni. La esistenza della infiammazione cronica sarà determinata specialmente dalla presenza di un' urina alcalina; poichè, non ostante che lo stato alcalino di questo liquido si osservi in alcune circostanze, specialmente negli individui indeboliti per effetto dell' astinenza, risulta però dalle ricerche del Signor Rayer che una urina alcalina, scolorata, resa torbida pel disposto de' fosfati al momento della emissione, è, nella maggior parte de' casi, l' indizio di una infiammazione cronica de' reni. Vedremo tra poco la differenza che passa tra la nefrite e la pielite. Prego di leggere gli articoli *Calcoli urinari ed epatici*, gli articoli *Lombaggine, Peritonite, e malattia di Bright*, per così completare la diagnosi differenziale della nefrite.

Pronostico. — La nefrite semplice quando assale un individuo valido, ordinariamente è malattia poco grave, l' esito della quale è quasi sempre favorevole; non però così avviene ne' casi in cui i due reni sono simultaneamente affetti, specialmente quando la flemmasia à luogo dietro qualche grave alterazione delle vie urinarie.

Etiologia. — La nefrite rara nella infanzia, più comune negli adulti, e specialmente ne' vecchi; colpisce più uomini che

donne. È cosa dubbia che il rene sinistro sia più facile ad infiammarsi del diritto. Può essere affatto spontanea; il più delle volte però à luogo dietro una violenza esterna (piaga , contusione), o pure è prodotta da altre cause che agiscono meccanicamente: tali sono i calcoli ne' calicetti e nella cavità delle pelvi, o un accumulo insolito di urina in queste parti, per effetto di qualche ostacolo allo scolo della stessa, situato sopra uno de' punti delle vie urinarie. L'amministrazione ed anche l'abuso de' diuretici è una causa rarissima della nefrite; lo stesso si dica de' raffreddamenti: non cape dubbio nella mente di chicchessia che la nefrite abbia luogo alcune volte nel corso delle altre malattie acute e croniche; eccettuate però le affezioni delle vie urinarie, le quali possono avere una influenza diretta per svilupparla come la infezion purulenta del sangue, non ne conosciamo altra che predisponga manifestamente alla nefrite. Siam di avviso, contro il Signor Rayer, che la nefrite è rarissima nel corso della febbre tifoidea e del reumatismo articolare. In quanto alle sofferenze renali che si osservano ne' podagrosi, non è ancora dimostrato che esse dipendano, almeno ordinariamente, da una infiammazione, sia acuta, o cronica del tessuto de' reni.

Cura. — Alla nefrite acuta bisogna opporre un metodo antiflogistico la cui energia sarà proporzionata alla intensità della flemmasia: quindi si praticheranno uno o molti salassi generali e locali; i lombi saranno coverti da cataplasmi emollienti; gli ammalati saranno immersi nel bagno tiepido; faranno uso delle bevande dolci mucilagginose, e si stabilirà una leggiera controirritazione sul tubo digestivo mediante i blandi purgativi. Se gli accidenti fossero un ostacolo assoluto all'amministrazione degli antiflogistici, se la prostrazione fosse grande, non resterebbe altra indicazione se non che quella di sostenere le forze coll'uso de' tonici e de' cordiali. Questi mezzi però sono quasi sempre insufficienti per prevenire un esito funesto.

Quando la malattia passa allo stato cronico, potrebbe tornar cosa utile praticare un salasso locale, se alcun mezzo non ancora è stato impiegato, bisogna però insistere specialmente su i rivellenti; quindi i vescicanti, ed anche meglio uno o molti cauteri o la moxa saranno applicati sulla region lombare; se la costituzione è debole, si cercherà di fortificarla cogli amari, i marziali, ed un nutrimento analeptico. Con questi mezzi, la sostanza alcalina dell'urina cesserà più sicuramente, e con più di certezza si potrà prevenire il precipitato de' fosfati, di quello potrebbe ottenersi mediante l'uso degli acidi vegetabili e minerali, raccomandati in simile caso, e la cui utilità non ancora è stabilita. Nello stesso tempo si coprirà l'intero corpo colla flanella, e gli ammalati saranno collocati nel-

le migliori condizioni igieniche. Finalmente si avrà molta cura perchè l'urina rimanesse il meno possibile ne' suoi serbatoi. Se per esempio, uno stringimento dell'uretra o la ipertrofia della prostata opponessero un ostacolo alla sua escrezione, bisognerebbe adoperare frequentemente il cateterismo. Quando accidenti acuti si manifestano, bisogna combatterli con un'applicazione di coppe a vento, e sospendere momentaneamente la medicatura tonica.

DELLA PIELITE

Sotto il nome di *pielite* (*πυελος, pelvis*), il Signor Rayer à descritto la infiammazione acuta e cronica della cavità della pelvi e de' calicetti. Se ne distinguono due specie principali, cioè: 1.° la pielite prodotta dalla presenza di un corpo estraneo (calcoli, vermi, acefalocisti, ec.); 2.° la pielite che à luogo senza il concorso di questa causa. Questa però è talmente rara in modo che la pielite potrebbe descriversi come una forma della nefrite, che chiamerebbesi *calcolosa*, malattia sulla quale il Signor Chomel à pubblicato nel 1837 un importante lavoro negli *Archives de médecine*.

Caratteri anatomici. — Nella pielite acuta, la membrana mucosa de' calicetti e delle cavità della pelvi si trova iniettata, rossa, spessita, friabile ulcerosa, ammolita o tapezzata da prodotti pseudo-membranosi. Il tessuto cellulare sottostante è qualche volta infiltrato di siero, le cavità delle pelvi ed i calicetti più o meno dilatati, contengono dell'urina mista ordinariamente ad una certa quantità di sangue o di muco purulento; il più delle volte vi si trova l'arenella la sabbia o i calcoli.

Nella pielite cronica, la membrana mucosa è di un colorito bianco matto o di lavagna; la sua superficie è qualche volta disseminata di piccole vescichette simili a' sudamina: offre spesso la quale può essere talmente considerabile da obliterare i calicetti, finalmente la si trova qualche volta ulcerata, più raramente cangrenata. Siccome la malattia è quasi sempre sintomatica dell'arenella e de' calcoli, così questi corpi estranei si trovano accumulati più o meno abbondantemente nella cavità delle pelvi, ne' calicetti, ed anche nell'uretra. In conseguenza del loro volume e dell'ostacolo che apportano allo scolo dell'urina, i calicetti e la cavità della pelvi quasi sempre si dilatano; poi, per la pressione costante che l'urina ed il pus accumulati esercitano da dentro in fuori, la sostanza renale partecipa finalmente della infiammazione; altre volte ne rimane immune, ma cade nell'atrofia. In questi due casi, il rene si trasforma finalmente in una vasta saccoccia multilobulare piena di pus, di acqua, di arenella, di calcoli. Ciascuno di questi punti è for-

mato dallo ingrandimento de' calicetti, i quali raramente comunicano direttamente tra loro, ma solamente mediante la cavità della pelvi enormemente distesa. Queste gravi alterazioni possono esistere però sul rene, quantunque non si riavenga alcun calcolo in quest'organo; il corpo estraneo però, causa prima di tutte le lesioni che si osservano, spesso allora si rinviene nella vescica, e la dilatazione considerabile alla quale l'uretere corrispondente è stato assoggettato è una prova certa che la concrezione litica vi à più o meno lungo tempo soggiornato. Il rene in tal modo alterato à contratto delle adherenze con le parti vicine; la sua cavità può comunicare col tessuto cellulare circostante e col colon; a sinistra colla pleura ed il polmone, a diritta cogli ascessi sviluppatisi nel fegato. Nella maggior parte delle pieliti croniche gravi, una delle sostanze renali, e spesso tutte due contemporaneamente, sono infiammate e suppurate (*pielo-nefrite*); poichè la infiammazione, primitivamente circoscritta alla cavità della pelvi ed a' calicetti tende moltissimo a propagarsi alla sostanza de' reni, mentre non à quasi mai luogo il contrario (Rayer). In fine, in alcuni casi in cui il rene, non avendo subito alcuna grande distensione, è contratto su di se stesso, e quando gl'individui si sono ristabiliti, quest'organo si trova trasformato in una saccoccia celluloso-fibrosa, che contiene un calcolo; i vasi sono inoltre obliterati, cioè che l'individuo à vissuto allora con un sol rene. Il Signor Chomel à citato nella sua memoria un fatto di questo genere, il quale è certamente uno de' più curiosi che sin ora conosciamo.

Sintomi. — La pielite riconoscendo quasi sempre per causa la presenza di un calcolo ed il suo spostamento, si potrà spiegare perchè, in opposizione alla maggior parte delle altre flemmasie, si osservano raramente de' prodromi. Lo sviluppo dell'affezione in fatti è quasi sempre brusco ed indicato da quell'insieme di sintomi che descriveremo nel *tomo seguente* siccome quelli che caratterizzano gli accessi di colica nefritica. Ciò non pertanto questi accidenti non appartengono precisamente ad un lavoro infiammatorio, poichè basta che il corpo estraneo sia espulso o spostato perchè scompaiono quasi istantaneamente. Per poco però che essi si prolunghino, tosto si mostrano i segni infiammatori. Allora, in generale, il dolore diminuisce d'intensità; gli ammalati non accusano alcun senso di peso; qualche volta però il dolore si risveglia più vivo, per pochi istanti ora spontaneamente, il più delle volte sotto i movimenti, le scosse della tosse o la pressione che si esercita sul rene ammalato. L'urina è variabilissima: spesso non differisce affatto dall'urina normale; altre volte è sanguinolenta, carica di muco, quali si depositano alla sua superficie mediante il raffreddamento: essa è quasi sempre acida, a meno che i reni non contenga-

no calcoli fosfatici; in questo caso sono torbide, alcaline quando si emettono. Nello stesso tempo diversi fenomeni simpatici si manifestano, specialmente negli organi digestivi e circolatori: quindi gli ammalati hanno perduto l'appetito; la maggior parte soffrono nausea, vomiti biliosi, costipazione, un certo acceleramento nel polso, un calore febbrile ed il mal'essere.

Corso, esiti. — Spesso il solo spostamento o la espulsione del corpo estraneo bastano perchè la flemmasia termini colla risoluzione; altre volte però continua; tosto si uniscono freddi irregolari, e la regione renale addiviene la sede di dolori pulsativi ed un peso che si estende alcune volte verso il membro corrispondente. Alcuni ammalati provano delle abbondanti ematurie; nella maggior parte, le urine sono soltanto torbide, lattiginose, o contengono una maggiore o minore quantità di pus. Però dopo aver emesso per qualche tempo delle urine purulenti spesso miste alle arenelle, molti di questi ammalati si ristabiliscono; è raro però che gli stessi accidenti non si manifestino dopo un tempo più o meno lungo; finalmente dopo molte di queste specie di ricadute, gl'individui si depauperano e muoiono.

Gli accidenti, in generale, sieguono un andamento continuo e progressivamente crescente. Quando ogni comunicazione finisce tra il rene e la vescica, il primo di questi organi può essere disteso dal pus e formare un tumore bernocoluto, fluttuante, che si osserva nel fianco; rende deforme ed allarga la regione lombare corrispondente, e protubera qualche volta sin nella fossa iliaca e superiormente verso l'ipocondrio. Dicono che in simil caso, si è inteso molte volte un fremito particolare prodotto dalla collisione de' calcoli. Checchè ne sia, molti di questi ammalati, spossati dalle sofferenze e dalla febbre etica che li minacciano, periscono senza che l'urina sia stata mai purulenta: nella maggior parte del pus, è escreato con questo liquido. Lo scolo del pus nella vescica può essere continuo; è però intermittente, quando un ostacolo si oppone momentaneamente alla sua escrezione; in quest'ultimo caso, l'urina resa a diverse epoche della giornata presenta differenti qualità. Quando il pus è emesso in gran copia nello stesso tempo, si osserva comunemente un appassimento considerabile del tumore, poichè questo riprende il suo volume ordinario tosto che il liquido si riproduce. Abbiamo veduto che questi ascessi potevano anche farsi strada nel colon, nel duodeno e nello stomaco. Ne' due primi casi, il pus esce via con gli scarichi ventrali; nel secondo, è reietto mediante il vomito; più di rado fora il diaframma ed il polmone sinistro per quindi essere espulso al di fuori nella stessa guisa come accade nelle vomiche. L'ascesso può anche aprirsi nel peritoneo o nel tessuto cellulare che circonda il rene: nel primo caso, si osservano degli accidenti di peritonite

perperacuta e mortale in poche ore; nel secondo, si osservano spesso i segni di una flemmasia diffusa nella regione lombale, nel fianco, e nell'epigastrio. Il pus può scavarsi pure una strada a traverso le pareti addominali istesse; qualche volta scavando più oltre, va a formare de' veri ascessi di congestione nelle vicinanze dell'anello inguinale e crurale. In fine qualche volta l'ascesso si apre successivamente in molti de' punti che abbiamo indicati, ed allora il pus sfugge simultaneamente per le due vie, o pure questa escrezione succede alternativamente per l'una e per l'altra. D'altronde qualunque sia il modo che la natura sceglie per la evacuazione, tutte le volte che il pus scappa al di fuori, i malati si sentono momentaneamente sollevati; ma non tardano a perire nell'ultimo grado del marasmo (eticcia renale), a meno che qualche complicanza non affretti il termine fatale. Non esiste forse esempio di guarigione quando l'ascesso ha prodotto i disordini che abbiamo enumerati; non però così avviene quando l'ascesso è stato poco considerabile da non formare un tumore distinto. Negl'individui però che si ristabiliscono completamente dopo aver emesso del pus per molto tempo, non bisogna supporre che vi abbia completa guarigione, e che il rene, ritornato al suo stato fisiologico abbia ripreso le sue funzioni; lungi da questa idea, poichè in questo caso, l'organo ammalato è caduto nell'atrofia e si è convertito in un guscio friboso o fribro-cartilagginoso, nel centro del quale avvi un calcolo più o meno voluminoso. La segrezione urinaria si esiegue dunque unicamente dal rene opposto, questo a spesso acquistato un volume più considerabile in rapporto coll'attività maggiore delle sue funzioni. Si comprende che se in questo caso di un rene soltanto, un calcolo sollecitamente impegnato nell'uretere sospendesse per alcuni giorni la segrezione urinaria, la morte avrebbe luogo necessariamente in mezzo agli accidenti tifoidei o cerebrali.

Diagnosi. — La pielite calcolosa differisce dalla nefrite semplice, e si distingue da tutte le altre affezioni per la violenza del dolore renale, per la gravità de' sintomi generali e simpatici allo sviluppo, per la diminuzione o la sospensione della segrezione dell'urina. Quando questa è escreata, è quasi sempre acidissima, mista dapprima a sangue, o muco; poi contiene del pus. La presenza del pus nell'urina non indica necessariamente una flemmasia renale; poichè l'urina può contenerne nel corso delle cistiti acute e croniche, ed anche quando un ascesso estrapertitoneale si è fatto strada nelle vie orinarie. Indipendentemente però dalla sede differente del dolore nella pielonefrite e nella cistite, si conosce che in questa, l'urina è quasi sempre sedimentosa e vischiosa, mentre che, nella infiammazione semplice de' calicetti e della cavità della pelvi, avvi disuria con de-

posito di vero pus. Quando il rene disteso dal pus protuberava nel fianco e ne' lombi, si stabilirà quale sia la natura del tumore, nella regione del dolore renale che esiste, come pure per la presenza del pus e del sangue nell'urina. Se l'ascesso si apre nel colon, nello stomaco e nel polmone, si stabilirà la sede primitiva del male avendo riguardo agli accidenti gravi che i malati hanno manifestato dal lato di uno de' reni, come pure per l'odore urinoso che il liquido spesso esala, e del suo miscuglio con i calcoli urici. D'altronde in alcuni casi, l'ascesso comunicando largamente coll'uretere e colla vescica, de' gas verranno fuori dall'uretra misti all'urina ed al pus. In fine l'ascesso non avendo spesso volte alcuna comunicazione coll'esterno, ma avendo acquistato un volume considerabile, potrebbe confondersi con i tumori formati dagli organi vicini, e specialmente con quelli della milza, del fegato, dell'aorta, delle ovaie, o anche con i tumori stercorali, ec. Indipendentemente poi da' disturbi speciali nella segregazione ed escrezione dell'urina, indipendentemente ancora dalle alterazioni di questo liquido che sono precedute, e che il più delle volte accompagnano ancora i tumori renali, e mancano affatto in quelli che sono formati dagli altri organi, vedremo, quando ci faremo a parlare di questi ultimi, la possibilità di arrivare quasi sempre a stabilire una diagnosi precisa con un'accurata esplorazione, e specialmente mediante il tatto e la percussione, ponendo mente al modo dello sviluppo del tumore. Per completare infine, ci resterebbe ad esporre in qual modo si potrebbe arrivare a distinguere gli ascessi de' reni dagli altri tumori di quest'organo. Per evitare però ripetizioni, ne tratteremo quando ci faremo a parlare delle idronevrosi e de' prodotti cancerigni de' reni.

Pronostico. — La pielite è sempre malattia grave, poichè spesso termina colla suppurazione. Il pericolo è grande quando un ascesso si è formato nel rene; dappoichè non ostante che la guarigione si stabilisca, siccome questa spesso porta seco l'atrofia dell'organo, gl'individui vivono soltanto con un rene, e se per disgrazia questa s'infiammasse poscia per una causa qualunque, o se un calcolo otturasse momentaneamente il suo uretere, la morte ne sarebbe la conseguenza necessaria. Il pronostico è estremamente infausto specialmente quando il rene forma un tumore considerabile, ed allora, qualunque possa essere il punto del corpo che l'ascesso potesse sciegliere per vuotarsi allo esterno, la morte è quasi sempre certa. Uno degli esiti più pericolosi è quello nel quale l'ascesso si vuota pel canale intestinale; poichè se il rene, non essendo completamente distrutto, segrega l'urina, questo liquido essendo continuamente versato nello intestino, stabilisce una infiammazione ulcerosa di quest'organo, lo che addiviene una novella causa di marasmo ed accelera il termino fatale.

Etiologia. — La pielite è raramente spontanea; nella quasi totalità de' casi riconosce per causa la presenza delle arenelle o de' calcoli, i quali ora agiscono direttamente sulle pareti pel loro numero e per il loro volume, o pur anche perchè uno di questi corpi, specialmente se disseminato di scabrosità, s'impugna ne' condotti troppo stretti. In tutti i casi la pielite è spesso parziale; ma se il calcolo impegnato nello stretto della cavità della pelvi o nell' uretere oblitera completamente questi condotti, la pielite à luogo allora in seguito della distensione che il calicetto e la cavità pelvica provano in seguito all'accumulo della urina. Si concepisce che tutte le cause le quali si opporranno alla libera escrezione della urina su tutta la lunghezza delle vie urinarie, come i restringimenti dell' uretra, la paralisi della vescica, l' ipertrofia della prostata, i tumori che comprimono gli ureteri, ec., saranno altrettante cause attivissime d' infiammazione della membrana interna de' reni. In fine, nei casi in cui i calcoli esistono in questi organi, tutte le cause capaci di spostarlo o di agitarlo fortemente, come le scosse del tronco, specialmente in tempo della equitazione o in una vettura malamente sospesa, sono cause efficienti della nefrite calcolosa.

Cura della pielite. — Quando gli accidenti sono in tutta la loro acuzie, bisogna usare del metodo antiflogistico ordinario, ed insistere nello stesso tempo sull' uso dell' oppio per calmare i dolori atroci i quali indicano il primo periodo della malattia. Questo medicamento si amministrerà per la bocca e per clisteri sino a produrre lo effetto sedativo; si comincerà da 5 o 10 centigramme, secondo la violenza de' dolori; se ne prescriverà una novella dose di 5 centigramme e più in ogni tre quarti di ora; in simili casi abbiamo amministrato molte volte sino a 60 centigramme di oppio nello spazio di tre o quattr' ore senza produrre lo effetto narcotico. Se in qualunque specie d' infiammazione de' reni conviene astenersi da' diuretici e da qualunque bevanda presa in abbondanza, perchè l' organo ammalato non abbia troppo a funzionare, questo precetto deve specialmente essere seguito in questa forma della nefrite la quale spesso si accompagna alla chiusura di uno degli ureteri. Se si avrà la fortuna di sveltare gli accidenti, e se gli ammalati si ristabiliscono, che abbiano o pur no espulso il calcolo, bisognerà sottoporli ad un regime il più analogo ad impedire la formazione di novelli corpi estranei o l' aumento di quelli che esistono. Con questa indicazione si prescrive un regime vegetabile, l' uso delle bevande abbondanti, e specialmente di alcune acque minerali, come quelli di Vichy, di Balaruc o di Contrexeville, le quali agiscono contemporaneamente per le loro proprietà chimiche e diuretiche. Questa cura conviene anche quando la presenza del pus

nella urina indica una suppurazione de' reni : bisognerà in oltre in questi casi gravi stabilire una forte controirritazione applicando molti cauteri al livello del rene affetto. Infine quando il rene, aumentato e disteso dal pus, tende a farsi strada a traverso de' tegumenti, bisogna sollecitare questo esito. Quindi quando l'ascesso è molto superficiale, si praticherà arditamente una larga incisione la quale darà uscita al pus ed alle arenelle contemporaneamente.

DELLA CISTITE ACUTA A CRONICA

Alcuni autori, allo esempio di Soemmerring, hanno compreso sotto il nome di *cistite* la sola infiammazione della vescica, cioè quella che invade contemporaneamente almeno due delle tuniche dell'organo; riserbando il nome di *catarro vescicale* alla infiammazione circoscritta alla membrana mucosa. Una simile distinzione è priva di fondamento; dunque è necessario per la pratica comprendere sotto il nome di cistite tutte le infiammazioni della vescica, qualunque possa essere la loro sede e la loro estensione; mentre bisogna serbare il nome di *catarro vescicale* ad uno stato morboso particolare, ma non infiammatorio, il quale può essere la conseguenza di un' antecedente infiammazione, ma che si sviluppa il più delle volte senza il suo concorso, ed è caratterizzato dalla esaltata e perversa segregazione morbosa della membrana interna della vescica. Il catarro costituisce dunque un' affezione speciale, distinta dalla cistite, come la broncorrea lo è per rapporto alla bronchite, la gastrorrea alla gastrite. (vedi appresso la classe delle *segregazioni morbose*).

La cistite deve esser distinta, per le cause, in *idiopatica*, e *simpatICA*; pel suo andamento in *acuta e cronica*; per la sede, in *superficiale* circoscritta alla membrana mucosa, ed in *profonda o flemmonosa*, che invade almeno due delle tuniche; finalmente, può occupare l'organo in tutta la sua estensione, o essere circoscritta soltanto in un piccolo spazio. Tra le cistiti parziali, bisogna specialmente distinguere quelle del collo della vescica.

Caratteri anatomici. — Nella cistite acuta, la capacità dell'organo è qualche volta diminuita; il più delle volte è aumentata, o pure la vescica conserva le sue normali dimensioni. La membrana mucosa, di un rosso più o meno vivo, è infiettata a piccole macchie; sotto forma di piastre o di punti fini. Essa si presenta come se fosse gonfia, spessita, più o meno friabile o rammollita; qualche volta la si trova seminata alla sua superficie di concrezioni pseudo-membranacee, grigiastre o biancastre, molto aderenti, intorno alle quali la mucosa gonfiata forma una specie di cercine, ciò che potrebbe far credere la esisten-

za di una ulcerazione; la più leggiera attenzione però basta per evitare questo errore. D' altronde, praticando qualche stiramento sulla falsa membrana mediante una pinzetta, la si separa, ed al di sotto di essa si trova la mucosa più o meno iniettata e violacea, ma mai ulcerata. Però le ulcerazioni possono essere la conseguenza della cistite acuta; si osservano specialmente nei casi in cui la flemmasia è stata causata dalla presenza di uno o molti calcoli o dal soggiorno prolungato di una sonda. Queste ulcerazioni il più delle volte esistono in piccol numero; ordinariamente interessano soltanto la mucosa; alcune volte invadono le tuniche sottostanti, e possono anche perforare intieramente la vescica, la quale allora comunica sia col retto o la vagina, sia col peritoneo, o il tessuto cellulare del bacino secondo i punti dove la lesione è luogo. Quando la infiammazione invade i tessuti sottostanti, le pareti sono spessite, indurate; del pus e infiltrato nel tessuto cellulare e tra gli strati carnososi della tunica muscolare, i quali sono più pronunziati. Il pus può anche riunirsi in uno o molti focolari isolati, i quali comunicano con una suppurazione estesa del cavo della pelvi. In fine si osservano delle piastre cangrenose. Queste sono raramente l' effetto di una semplice infiammazione; il più delle volte però anno luogo ne' punti i quali anno sopportato una violenta pressione, come quella che producono i calcoli, una sonda a permanenza o la testa di un feto durante il meccanismo del parto.

La cistite che à luogo consecutivamente allo assorbimento delle cantaridi si fa distinguere per i prodotti delle false membrane nella vescica; la mucosa di quest' organo è più o meno ecchimosata. Queste stesse lesioni possono anche osservarsi negli ureteri e sin dentro le cavità della pelvi; la sostanza de' reni è pur anche qualche volta la sede di una maggiore o minore congestione.

Nella cistite cronica, si osserva quasi sempre una diminuzione nella capacità dell' organo; la membrana mucosa offre un misto di colorito rosso, nero, violaceo, di lavagna, ed è spessità ed indurata, il più delle volte è friabile, fungosa, ulcerata, disseminata di vasi varicosi. Le pareti, spessite specialmente in ragione della ipertrofia del tessuto cellulare e della tunica muscolare, presentano spesso più di 3 o 4 centimetri di spessezza; si possono osservare, come nello stato acuto, infiltrate di pus, o la sede di uno o molti ascessi, o finalmente perforate. La cistite acuta e cronica coesistendo il più delle volte con diverse alterazioni degli altri organi genito-urinari, specialmente de' reni, i quali come la vescica, contengono spesso de' calcoli; dell' uretra, che spesso è ristretta; in fine della prostata, che spesse volte è atrofiata, ed anche ammolita e suppurata.

Sintomi. — La cistite si manifesta quasi sempre senza prodromi e con sintomi locali. Quindi tutti gli ammalati accusano un vivo dolore al basso ventre; la pressione ed i movimenti lo esacerbano, l'ipocondrio è teso, e la vescica forma spesso una protuberanza in questa regione. Gli ammalati sentono il bisogno di urinare, e mandano fuori, dopo dolorosi sforzi, alcuni cucciai ed anche alcune gocce soltanto di un'urina rossa, scottante, torbida ed anche sanguigna. La maggior parte accusano pure una specie di *tenesmo* vescicale, cioè provano un violento bisogno di emettere l'urina, e fanno considerabili sforzi privi di effetto. Molti si lagnano di un incomodo prurito nel meato urinario; quasi tutti sono febbricitanti, la sete è intensa, avvi inappetenza, nausea, vomiti, costipazione, uno stato di mal'essere ed ansietà estrema. La gravezza però più o meno grande de' sintomi generali e locali, o il predominio di alcuno di essi, è specialmente determinata dalla sede speciale della flemmasia. Quindi il dolore ipogastrico è specialmente vivo quando la infiammazione (cosa rara d'altronde) occupa la parte superiore dell'organo; l'urina non si accumula affatto in questo caso nella vescica, ma viene espulsa ad intervalli ravvicinati. Al contrario poi, si osservano nella cistite del collo, un senso di peso o un prurito incomodo al perineo, la ritenzione di urina, l'iscuria, il tenesmo vescicale ec. In questo caso, il catetrismo è spesso impossibile pel gonfiamento o lo stato spasmodico della porzion prostatica dell'uretra; e quando si perviene ad introdurre lo strumento, produce un dolore talmente atroce pervenendo nella vescica, da essere obbligati a ritirarlo prima di evacuare l'urina. Il tatto per la via del retto, ed anche la semplice introduzione d'una siringa, risveglia dolori vivissimi, la evacuazione alvina ed anche la semplice emissione de' flati ne procurano di simili. Questi escrementi possono essere impediti quando la infiammazione à guadagnato tutta la parete retto-vescicale; in questo caso, la costipazione ed il meteorismo del ventre sono una novella causa della sofferenza e dell'ansietà. Finalmente, nella infiammazione del basso-fondo della vescica, i tessuti si sono veduti molte volte spessiti, gonfi, e produrre la oblitterazione completa dell'orificio vescicale, dell'uno degli ureteri o di questi due condotti contemporaneamente: allora l'urina non potendo più arrivare nella vescica, si accumula negli ureteri, nelle cavità pelviche e ne' calicetti. Tosto la segrezione non potendo avere più luogo, la febbre raddoppia, il delirio sopravviene, i malati cadono nella prostrazione; tutte le escrezioni, gli scarichi ventrali specialmente i sudori, esalano un odore di urina, e periscono tosto in mezzo al complesso de' sintomi che caratterizzano la febbre detta *urinosa*. Questi stessi accidenti sopravvivono pure, ma

più lentamente, ogni qual volta l'urina accumulata nella vescica cessa di essere escreata.

Nella cistite per effetto delle cantaridi, sulla quale il Signor Morel-Lavallée ha recentemente fissato l'attenzione de' medici, i malati espellono dopo sforzi inauditi, premiti e dolori, delle false membrane consistenti, della spessezza di uno a due millimetri, la cui estensione varia dalla grandezza di mezza piastra a quella di una carta da giuoco. Il Signor Morel-Lavallée ha dimostrato che spesse volte, indipendentemente da queste pseudo-membrane, l'urina lasciata a se stessa presenta col raffreddamento un precipitato albuminoso più o meno abbondante. In fine, in alcuni ammalati l'albumina tenuta in completa dissoluzione non si precipita se non quando l'urina si riscalda sino alla ebollizione, o quando vien trattata coll'acido nitrico.

Corso, esiti. — Gli accidenti dopo l'aumento di alcuni giorni, comunemente diminuiscono; i bisogni di urinare sono meno frequenti, il gocciolamento è più facile, meno doloroso, le urine non sono più sanguinolenti, finalmente la febbre e gli altri disturbi sintomatici diminuiscono o cessano. Allora dicesi che la cistite si è risolta. L'esito della suppurazione è molto più raro: in questo caso il pus è ora solamente esalato alla superficie della mucosa, o pure un ascesso essendosi formato nella spessezza delle pareti, si vuota nella vescica. Nell'uno e nell'altro caso, le urine sono lattiginose, e vi si osservano facilmente i globoli del pus; alcune volte però, siccome lo à osservato il Signor Chopart, l'ascesso interstiziale si fa strada nel tessuto cellulare del piccolo bacino, il quale a suo tempo s'infiamma e passa a suppurazione, ed allora la morte è quasi inevitabile. L'esito della gangrena è eccessivamente raro; la si distingue alcune volte all'odor fetido caratteristico dell'urina ed alla gravità de' sintomi generali. Questo grave accidente si osserva specialmente quando la ritenzione dell'urina è stata prolungata. In questi casi, una rottura si stabilisce ordinariamente al livello dell'escara; in alcuni altri la vescica si lacera senza precedente gangrena e pel semplice distendimento delle pareti, le quali sono allora più o meno ammolite. Questa rottura succede quasi sempre alla parete superiore, la quale è la parte più sottile e la meno sostenuta. Secondo il punto in cui si opera, l'urina sfugge nel peritoneo e produce in questo caso una peritonite perperacuta; o pure s'infiltra nel tessuto cellulare del bacino, che mortifica. Nell'uno e nell'altro caso i malati peri-

N.B. Mi è stato dato osservare due casi di cistite, ne' quali la vescica fu colpita da ulcerazione nell'alto-fondo verso la parte anteriore, la quale scavando più oltre verso le pareti addominali, ed avendo impegnato

scono prontamente. Tali accidenti hanno luogo quando la perforazione della vescica è luogo pel progresso di una ulcerazione; se questo interessa le pareti retto-vescicale, o vescico-vaginale, l'urina verrà fuori dal retto o dalla vescica.

In fine molte cistiti passano allo stato cronico. La cronicità può anche essere primitiva, lo che osservasi specialmente quando la malattia è sintomatica per la presenza di un calcolo. Gli ammalati accusano allora un dolore permanente alcune volte vivo all'ipogastrio o al perineo; essi sono tormentati da frequenti desideri di urinare, da disuria; le urine che vengon fuori sono torbide, purulenti, fiocose, mucose filanti, e sedimentose; avvi uno stato di mal'essere abituale, qualche volta febbre; le digestioni sono stentate, e la nutrizione languisce. Gli accidenti, specialmente i sintomi locali, si aggravano dopo il coito, e specialmente dopo l'introduzione delle bevande stimolanti o della impressione del freddo, ec. Dopo aver presentato un maggiore o minor numero di recrudescenze, e dopo una durata indeterminata, alcune cistiti passano a risoluzione. In altri ammalati, tutti i segni d'infiammazione cessano, solamente la segrezione della membrana mucosa continua ad esser pervertita; allora la cistite si è trasformata in catarro. La cistite cronica può produrre la morte per estinguimento o provocando alcune complicanze, specialmente per parte del peritoneo e de' reni.

Diagnosi. — Parlando della peritonite, del cavo della pelvi e della metrite, vedremo in che queste flemmasie differiscono dalla cistite. Sono queste a poco presso le sole malattie che offrono qualche punto di contatto colla infiammazione della vescica. Le ulcere vescicali sono quasi impossibili a poter essere diagnosticate: i dolori vivi, un pus vischioso, tenace, fetido, striato di sangue, i quali sono stati considerati come segni quasi certi delle ulcerazioni della vescica, non saprebbero caratterizzarle, pur tuttavia ne rendono l'esistenza molto probabile. Conosciuta la cistite, bisogna determinarne la causa, e specialmente stabilire se essa sia idiopatica o sintomatica della presenza di un calcolo. Il cateterismo può solo illuminare il medico.

Pronostico. — Si è veduto che la cistite in generale è ma-

» tutti i tessuti, distruggendo sin anche i comuni tegumenti produsse finalmente un'apertura esterna sul muscolo retto addominale, dove stabilì la fistola orinosa a quel punto, producendo nel primo la morte. L'autopsia non essendo stata eseguita nulla conosciamo delle altre alterazioni che vi potevano esistere. Nel secondo manifesta gli stessi accidenti colla uscita dell'urina per l'apertura fistolosa, restia a tutti i mezzi dell'arte, in modo che lo infermo depauperandosi continuamente nelle forze si ritrovava in un stato di marasmo. Tanto nell'uno quanto nell'altro nessuna causa specifica è influito su questo accidente.

Traduttore

lattia grave, o specialmente quando occupa il collo e l'orificio degli ureteri. Quella che à luogo dietro l'amministrazione delle cantaridi è quasi sempre benigna, e non dura più di 24 o 36 ore.

Etiologia. — La cistite idiopatica è una malattia eccessivamente rara, specialmente nello stato cronico; assale in preferenza gli adulti, è più frequente negli uomini, è quasi sempre prodotta da alcune cause dirette, quali sarebbero una piaga penetrante, una contusione all'ipogastrio, una caduta su i reni o il perineo, il cateterismo o la sonda in permanenza, un parto faticoso, la ritenzione delle urine, la propagazione alla vescica di una flemmasia uretrale. Finalmente si conosce che lo assorbimento delle cantaridi à spesso prodotto la cistite. Osservasi ciò specialmente dopo l'applicazione de' vescicatori su qualunque siasi parte del corpo.

Cura. — La cistite acuta dovrà curarsi con un metodo antillogistico più o meno energico. I salassi generali sono utili soltanto ne' casi di una forte reazione febbrile: i salassi locali bastano quasi sempre. Le sanguisughe si applicano comunemente all'epigastrio; però saranno preferibili al perineo, quando specialmente è affetto il collo della vescica. A torto si è preteso che le sanguisughe applicate a quest'ultima regione aumentavano la flussione sanguigna. Questo risultato può aver luogo soltanto quando se ne applica un numero insufficiente (meno di venticinque) e quando non si favorisce lo scolo del sangue. L'ipogastrio ed il perineo saranno ricoveriti di cataplasmi emollienti: gli ammalati saranno tuffati nel bagno tiepido e faranno uso delle bevande mucilagginose. Si manterrà il ventre lubrico mediante i clisteri o i dolci lassativi. In generale le bevande nitrate sono contro indicate, o almeno si amministreranno in piccola quantità, specialmente quando à luogo dietro dolorosissimi sforzi. Quando la vescica, distesa dall'urina, protuberà al di sopra del pube, bisogna applicare il cateterismo, comunque possa essere doloroso. Se si pervenisse difficilmente nella vescica, e se quest'organo sopportasse senza molta sofferenza la presenza dello strumento, si potrebbe lasciare in permanenza per qualche tempo; nel caso contrario, si ritirerebbe sollecitamente, introducendolo di bel nuovo se la necessità lo richiede. I mezzi della cura variano poco nelle differenti specie di cistiti; però ne' casi in cui la malattia è prodotta dall'azione delle cantaridi, tutti si accordano ad amministrare la canfora per clisteri, per frizioni ed in pillole, sola o combinata all'oppio per moderare i dolori di eccitamento estremo degli organi genitali. Quando la cistite è sintomatica della presenza di un corpo estraneo che richiede una operazione (litotomia o litotrisia), bisognerà moderare il lavoro infiammatorio prima di praticarla.

Nella cistite cronica, si praticheranno una o molte applicazioni di sanguisughe, specialmente quando i dolori sono vivi: s'insisterà pure sull'uso de' bagni e degli emollienti. Si favorirà la traspirazione cutanea coll'uso de' bagni a vapore e della flanella; si stabilirà un centro di controirritazione all'ipogastrio, praticando su queste parti delle frizioni di pomata stibata o coprendole con un vescicante. Si è pur anche cercato di modificare direttamente lo stato delle superficie ammalate iniettando nella vescica dell'acqua pura, o mucilagginosa: in questo caso si farà uso dello strumento imaginato dal Signor Cloquot (*sonda a doppio corrente*). Quando la flemmasia è moderata, anno consigliato delle iniezioni di calomelano, di acqua di catrame, di acqua solforosa ed anche di nitrato di argento. Abbiám veduto quest'ultimo mezzo guarire in pochi giorni delle cistiti croniche le quali resistevano da molti anni a tutti i mezzi. Per cauterizzare la vescica, si vuota prima dell'urina che contiene, poi s'iniettano 50 a 60 gramme di una soluzione concentrata di nitrato di argento, o pure mediante la sonda immaginata dal Signor Lallemand, si porta il caustico ridotto in polvere nella vescica. Questo mezzo è uno de' più efficaci; appena produce poco o nessun dolore, non risveglia alcun accidente, meno che alcune volte pochi cuociori alquanto vivi il giorno della operazione; cedono però comunemente all'amministrazione di uno o due bagni. Qualche volta bisogna ricorrere ad una novella cauterizzazione; però bisogna lasciar passare un intervallo di quindici o venti giorni tra un'operazione e l'altra. Anno pure consigliato nella cistite cronica l'uso interno de' resinosi, di alcune acque minerali, di un regime speciale: ma siccome questi mezzi convengono specialmente nel catarro vescicale, ne parleremo quando ci faremo a trattare di quest'ultima malattia.

In fine vi sono delle cistiti croniche le quali, in ragione de' gravi disordini che le anno prodotte, o della presenza di un calcolo troppo voluminoso o aderente sono al disopra delle risorse dell'arte. Bisogna allora limitarsi a calmare i patemi spesso atroci de' malati e lo stato spasmodico della vescica coll'uso de' suppositori narcotici, o de' clisteri oppiati.

INFIAMMAZIONI DEGLI ORGANI GENITALI

Gli organi genitali, ne' due sessi, sono generalmente colpiti da flemmasia. In questo capitolo intendiamo richiamare l'attenzione del lettore soltanto sulle infiammazioni che assalgono l'utero e due de' suoi annessi, l'ovaia ed i ligamenti larghi. A ragion veduta trascureremo in questo luogo la descrizione della flemmasia della vagina, e dell'uretra nell'uomo, perchè intendiamo parlarne alla lunga più appresso, quando ci faremo a trat-

tare della infezione venerea. Però non convien concludere da ciò che tutte le infiammazioni dell' uretra nell' uomo, e che tutte quelle che affettano la vagina nelle donne, dipendono costantemente dall' azione di una materia virulenta; però questa causa, se non è precisamente la sola, almeno è la più comune, e siccome, qualunque possa essere l' origine del male, si osservano soltanto delle variazioni ne' sintomi, ma nessuna differenza perfettamente distinta; conviene perciò riportare lo studio delle infiammazioni degli organi esterni della generazione ne' due sessi, all' epoca in cui tratteremo degli accidenti sifilitici primitivi, per così evitarne inutili ripetizioni.

DELLA METRITE

Sotto il nome di *metrite* s' intende la infiammazione del tessuto dell' utero. La maggior parte degli autori ne hanno distinto due specie secondo che la infiammazione occupa il parenchima dell' organo, o secondo che si trova circoscritta alla membrana interna. La prima costituisce la metrite propriamente detta ed è stata anche nominata *profonda*, *flemmonosa* o *parenchimatosa*; la seconda è generalmente distinta sotto i nomi di *catarro uterino*, o di *metrite catarrale*, in ragione dello scolo mucoso, o mucoso-purulento che ha luogo dagli organi genitali. Vedremo in seguito che gli scoli bianchi dell' utero sono un sintomo frequente di una immensità di alterazioni dell' organo; ve ne sono però delle altre le quali sono essenziali cioè a dire, non ligate affatto ad alcuna lesione materiale, sono unicamente costituite da un vizio di segregazione della membrana interna; ne parleremo all' articolo *Leucorrea*. La metrite si divide in *acuta* e *cronica*; la prima si divide in metrite *semplice* ed in metrite *puerperale*; la seconda offre ancora due forme principali, delle quali parleremo in particolare; e sono: la metrite con *induramento*, e la metrite *ulcerosa* e *granulosa*.

DELLA METRITE ACUTA SEMPLICE

Caratteri anatomici. — In quei casi rari dove si può esaminare lo stato dell' utero colpito da infiammazione semplice, l' organo si trova aumentato di volume parzialmente o in tutta la sua estensione; il tessuto, di un rosso più o meno carico, è più consistente, meno friabile, o pure è ammolito e si lascia lacerare o penetrare dal dito. Se il pus è stato prodotto, le sue pareti ne sono infiltrate, ciò che loro imprime un colorito grigiastro o di una tinta di foglia morta. Più di rado si trova il pus riunito in molti focolari isolati, gli uni liberi, gli altri chiusi in una cisti, e sempre di un piccolo volume (da un

pisello sino a quello di una noce); Lisfranc ne à però veduti due i quali erano a poco presso eguali ad un pugno. In fine, più raramente ancora si è trovato il prodotto morboso rinchiuso nella cavità uterina, ed allora questa è tappezzata da una falsa membrana, che distaccandola, si trova la superficie interna dell'organo, rossa, inietтата, friabile. La stessa alterazione può esistere in una delle trombe o in tutte due: allora queste ànno acquistato un volume molto più considerabile; infine la membrana peritoneale, le ovaie ed i ligamenti larghi partecipano spesso della flemmasia.

Sintomi. — Quando la metrite occupa soltanto un punto circoscritto, può svilupparsi senza prodromi, ed essere caratterizzata soltanto da alcuni segni locali. Quindi è che, quando la infiammazione è circoscritta al collo, le ammalate accusano dolore, calore e spasimi nel fondo della vagina; i rapporti sessuali sono estremamente dolorosi; col tatto si conosce che il collo è caldo, gonfio, sensibile alla più leggiera pressione, e più o meno duro. Se poi la infiammazione invade il corpo dell'organo nella totalità o nella maggior parte della sua estensione; si osserva un complesso di sintomi generali e locali più gravi. Quindi è che un freddo violento indica comunemente lo sviluppo della malattia; l'ipogastrio è la sede di dolori vivi e lancinanti, i quali si esacerbano sotto la pressione, colle scosse di tosse, colle inspirazioni profonde, e generalmente colla maggior parte de' movimenti del corpo. Le ammalate non possono il più delle volte tenere il tronco nella sua normale posizione retta, e sono quasi sempre obbligate di curvarsi fortemente in avanti quando camminano. La maggior parte provano egualmente un senso di peso all'ano o pur anche un vero tenesmo; l'escrezione dell'urina è spesso dolorosissima e difficile; vi sono anche quasi sempre delle stirature e spasimi agl'inguini, alla parte interna e superiore delle cosce come anche alla regione del sacro. Questi diversi accidenti si spiegano pel volume più o meno considerabile dell'organo che comprime il retto, la vescica, i nervi sacrali, e che addivenuto più pesante, stira i ligamenti che lo fissano al bacino. Quando il dolore ipogastrico non è vivissimo, si può, comprimendo sufficientemente la parete addominale anteriore, sentire spesso che il fondo dell'utero si trova al livello del pube o l'oltrepassa pure di alcuni centimetri. L'introduzione del dito nel retto fa pure conoscere un aumento di volume dell'organo, tanto nel suo diametro antero-posteriore e trasverso quanto nel suo diametro verticale. Comprimeudo sulla parete retto-vaginale e spesso per la sola introduzione del dito si suscitano vivi dolori. In oltre, col tatto si trova che il collo è sano o pure partecipa della malattia del corpo. L'utero è quasi sempre un poco più abbassato o in una posizione più obliqua;

altre volte à subito un leggiero movimento di retroversione e specialmente di anteversione. Se si procura di spingerlo verso il bacino, sembra più pesante; questa manovra risveglia sempre de' vivi dolori. In generale, si trova che l'organo è più mobile; alcune volte sembra essere veramente inchiodato; allora torna impossibile potergli imprimere alcun movimento. In questo stato difficilmente esiste qualche scolo vaginale; altre volte un liquido giallastro, verdastro, biancastro, sanguinolento, scappa dalla vulva in una quantità più o meno grande. La maggior parte delle funzioni sono pervertite, disturbate; quindi le ammalate anno inappetenza e sete; molte soffrono nausea e anche vomiti acquosi o biliosi; il loro ventre è alquanto teso, meteorizzato; avvi cefalalgia viva e qualche volta un poco di delirio. Però la metrite semplice produce raramente questo complesso di sintomi gravi: questi si sviluppano soltanto quando sopravvengono delle complicanze, e le più frequenti sono la flebite e la peritonite del cavo della pelvi.

Durata, esiti. — La metrite à quasi sempre un esito felice; qualche volta però si è veduta finire rapidamente colla morte; ma in questi casi esisteva quasi sempre qualche complicazione dalla parte del peritoneo. La risoluzione è il modo più ordinario dell'esito della malattia, e si osserva quasi sempre tra il primo ed il secondo settenario. La suppurazione è un accidente estremamente raro, e torna difficile a potersi diagnosticare in ragione del piccolissimo volume degli ascessi. Hanno però citato de' casi in cui delle raccolte purulenti voluminosissime, formate nella spessezza dell'utero, si avrebbero fatto strada nella sua cavità, in quella del retto o a traverso le pareti addominali. Questi fatti però, che ci sembrano piuttosto appartenere agli ascessi delle ovaie o de' ligamenti larghi, sono rarissimi; d'altronde ci sembrano, per la maggior parte, quasi così sospetti quanto quelli relativi alle metriti acute che si sarebbero vedute terminare colla gangrena e colla eliminazione dello intero organo. Però sembra costante che le gangrene parziali del collo sono state molte volte osservate. Frequentissimamente la metrite passa allo stato cronico.

La metrite può produrre diversi accidenti; quindi l'obliterazione delle trombe o delle insolite aderenze della loro estremità libera possono stabilire una incurabile sterilità: siccome le aderenze stabilite tra l'utero e le pareti del bacino possono essere una causa di aborto opponendosi allo sviluppo regolare dell'organo (Boivin). Finalmente la metrite la quale assale la donna gravida, à per risultato quasi costante la morte del feto o la sua uscita prematura: in questi casi si è pur veduto l'utero infiammato ammolirsi e rompersi, ciò che produce per conseguenza inevitabile il passaggio del feto nel peritoneo, poi lo sviluppo di una peritonite perperacuta rapidissimamente mortale.

Diagnosi. — La peritonite, l'ovarite, la vaginite e la cistite sono le malattie principali acute che si possono confondere colla metrite. Parleremo più tardi della diagnosi differenziale delle tre prime; in quanto alla cistite, essa sarà facilmente distinta dalla infiammazione della matrice per la sede superficiale del dolore ipogastrico, per i bisogni frequenti di urinare, per le sofferenze e l'ansietà che precedono ed accompagnano ciascuna escrezione, per la mancanza de' dolori inguinali e del sacro, e per i risultati negativi che fornisce il tatto del retto e della vagina. Torna appena utile il dire che si potrebbero prendere per una metrite gli accidenti, alcune volte violenti, i quali indicano lo stabilimento o il ritorno delle regole in alcune donne, come pure i dolori che accompagnano l'aborto ed i spostamenti dell'utero; poichè l'andamento della malattia, i risultati ottenuti dal tatto non lasceranno alcun dubbio sulla causa de' disturbi che si osservano. La esplorazione mediante il dito e la natura de' sintomi farà conoscere finalmente quale sia la porzione dell'utero la quale si trova specialmente ed esclusivamente affetta. Quindi quando il collo solo è ammalato, il dolore è concentrato nel fondo della vagina, ed il dito riconosce che la parte affetta è rossa, calda e sensibilissima. Se poi la flemmasia è circoscritta al basso fondo dell'utero, il tatto pel canale della vagina come pure quello che si pratica pel retto non dà alcun indizio, mentre la pressione ipogastrica risveglia i più vivi dolori. Il tenesmo vescicale e le difficoltà di urinare che predominano dimostreranno, secondo il Signor Chomel, che la lesione occupa la regione del sacro quando la parete posteriore è quella che specialmente è affetta. In fine, il Signor Chomel ci fa conoscere ancora che principalmente nell'affezione delle parti laterali della matrice si osservano i patemi degl'inguini e delle cosce, la pressione ipogastrica è allora poco dolorosa dal lato affetto, ed il corpo dell'organo è generalmente inclinato in questo senso, mentre il collo lo è in senso inverso.

Pronostico. — La metrite semplice è una malattia la quale raramente compromette la vita: quindi il suo pronostico è poco grave; bisogna però eccettuarne i casi in cui la flemmasia invade tutto l'organo, o pure quelli in cui essa si propaga al peritoneo o alle vene, o pure quando colpisce anche un utero disteso dal prodotto del concepimento. In fine abbiain veduto che la metrite, guarendo completamente, poteva conseguentemente produrre gravi inconvenienti, come la sterilità o una estrema tendenza agli aborti.

Etiologia. — La metrite è malattia rarissima nelle ragazze non ancora mestruate, come pure nelle donne vecchie che anno finito di esserlo. È anche molto più rara nelle gravide: quando in queste à luogo, succede quasi sempre dietro qualche cau-

sa traumatica, specialmente per effetto di manovre criminose per provocare l'aborto. Nello stato di vacuità, la metrite può essere affatto spontanea; ma spesso è provocata da qualche causa determinante manifesta, come una operazione cruenta, le fatiche nel camino, una caduta sulle natiche, la soppressione brusca delle regole, l'abuso de' piaceri venerei, gli urti troppo violenti portati sull' utero, la presenza di un pessario nella vagina, l'impressione istantanea del freddo, o l'abuso delle iniezioni fortemente astringenti nello scopo di sopprimere una emorragia, in fine la propagazione all' utero di una flemmasia della vagina.

Cura. — Nella metrite acuta la cura deve essere l'antiflogistica ordinaria, cioè uno o molti salassi generali, e specialmente le sanguisughe applicate in maggiore o minor numero all' ipogastrio, agl' inguini, all' ano, le ventose sulla regione lombare e sacra. Il Signor Duparcque preconizza anche le sanguisughe applicate direttamente sul collo istesso dell' utero: però non ancora è provato che questo mezzo abbia quel vantaggio che alcuni gli hanno attribuito. L' ipogastrio sarà coperto di cataplasmi emollienti: si praticheranno delle iniezioni emollienti nella vagina, e le ammalate staranno per una o molte ore in un bagno tiepido. A questi mezzi si aggiungerà la dieta, l'uso delle bevande dolci, i clisteri emollienti o alcuni blandi purganti, in fine la posizione orizzontale sopra un letto di crini. Questa medicatura sarà continuata per tutta la durata dello stato acuto; se la malattia è più violenta, si ricorrerà alle frizioni mercuriali: queste saranno indicate all' epoca in cui gli accidenti infiammatori essendo diminuiti, rimane ancora un ingorgo molto considerabile del tessuto dell' utero.

DELLA METRITE PUERPERALE

La infiammazione del tessuto uterino si osserva frequentemente nelle donne di fresco partorite: essa riveste delle forme sintomatiche molto diverse, secondo la natura delle lesioni concomitanti. Abbiamo già veduto, quando si è parlato della flebite de' seni, che poteva coesistere con questa, ora la troveremo frequentemente accompagnata alla peritonite, e sotto il nome di *putrescenza*, descriveremo nel secondo volume un' alterazione che alcuni anno considerato, a torto, come una metrite gangrenosa: noi però vogliamo in questo breve articolo richiamare l'attenzione del lettore soltanto sulla metrite puerperale semplice.

Caratteri anatomici. — L' utero ancor voluminoso oltrepassa il bordo superiore del bacino. Le sue pareti sono flosce, spesse, ammolite, qualche volta infiltrate di pus e più o meno

rosse ed iniettate. La faccia interna è nerastra. Se ne distaccano facilmente i detritus polposi, specialmente ne' punti corrispondenti alla inserzione della placenta. Gli annessi partecipano qualche volta all'alterazione dell'organo uterino.

Sintomi, corso. — La metrite semplice sviluppa qualche volta subito dopo il parto; ma il più delle volte si manifesta soltanto dopo molti giorni ed anche dopo molte settimane. Lo sviluppo della malattia è spesso indicato da un freddo più o meno violento. Le ammalate accusano allo ipogastrio un dolore, alcune volte ottuso, spesso vivo. Questa regione è tesa, dolorosa sotto la pressione; il tatto vi fa conoscere l'utero. Le donne accusano in oltre de' dolori ne' lombi, nelle regioni inguinali e nelle cosce. Un fluido bianco quasi sempre del colore di rosa o allatto sanguinolento, e più o meno fetido, vien fuori dalla vagina. Il dito, portato in questo canale mentre si applica la mano sull'ipogastrio, permette di misurare esattamente il volume dell'utero, il suo grado di mobilità e la maggiore o minore inclinazione. I disturbi simpatici sono variabilissimi, spesso negativi nella metrite che à luogo otto o quindici giorni dopo il parto; alcune volte sono gravi quando la malattia si manifesta poche ore o pochi giorni dopo lo sgravio. Quindi nel primo giorno la febbre è moderata, o pure manca completamente; avvi inappetenza, alcune volte nausea, e costipazione. Nel secondo la reazione può essere viva; evvi meteorismo, vomiti verdastrì, e il complesso de' sintomi che si osservano nella peritonite. Questa, l'inflammazione delle vene, la suppurazione dell'utero, sono accidenti comunissimi nella metrite la quale si manifesta pochi giorni dopo lo sgravio. Quindi la malattia termina frequentemente colla morte. Non accade però così nella metrite la quale si manifesta alcune settimane dopo il parto, e che in fatti, à quasi sempre un esito felice, abbenchè spessissimo la risoluzione si faccia desiderare per lungo tempo, cioè a dire per cinque, sei settimane, ed anche due mesi. Una circostanza che spesso ritarda ed anche compromette la guarigione, si è la propagazione delle flemmasie dell'utero agli annessi di quest'organo o al tessuto cellulare del bacino e delle fosse iliache.

Da ciò che precede chiaro apparisce che la diagnosi della metrite puerperale non può presentare alcuna difficoltà.

Pronostico. — La metrite semplice manifestandosi una o molte settimane dopo lo sgravio, è malattia la quale raramente compromette la esistenza. Non però succede lo stesso quando si dichiara subito dopo il parto, e viene a complicarsi a quegli accidenti che abbiamo precedentemente descritti.

Cause. — La metrite puerperale, raramente spontanea, nasce quasi esclusivamente le donne le quali abbandonano avanti

tempo il loro letto o che si espongono al freddo. Quindi è che disgraziatamente questa malattia è frequentissima nelle donne del volgo.

Cura.—Nulla di speciale avvi nella cura della metrite puerperale. Il riposo nel letto, i cataplasmi sul ventre, alcuni lassativi bastano nei casi i più benigni. Essa verrà intrapresa con uno o molti salassi generali quando la febbre e gli accidenti gravi si manifestano. I salassi locali saranno sufficienti quando il dolore è vivo o la reazione febbrile non è intensa. Dopo che questa indicazione sarà espletata s' intraprenderà l'uso delle pomate fondenti. Nella forma grave della malattia, bisognerà regolarsi secondo gli accidenti, siccome verrà esposto agli articoli *Peritonite puerperale*, *flebite*, e *putrescenza dell' utero*.

DELLA METRITE CRONICA

La metrite cronica può essere primitiva, o pure succedere in seguito della metrite acuta. Più frequente di questa prima, essa si presenta sotto due forme anatomiche principali, le quali possono essere riunite nella stessa donna, ma che il più delle volte, esistono isolatamente; sono desse: 1.° la metrite *con ingorgo ed induramento*: 2.° la metrite *ulcerosa*.

1.° Metrite cronica con ingorgo ed induramento del tessuto.

Caratteri anatomici. — In questa forma di metrite l' utero è gonfio, deforme in tutto o in parte, secondo che la flemmasia è circoscritta ad una porzion dell' organo o l' occupa interamente. In quest' ultimo caso l' utero può acquistare, specialmente nel suo corpo un volume doppio o triplo di quello lo è nello stato normale. La parte ingorgata è più pesante e più dura senza però presentare la pesantezza e la durezza dello scirro; la sua superficie è levigata, per niente scabrosa, essa è grigiastra o rossastra; la stessa tinta si osserva quando si taglia il tessuto, il quale si lascia dividere facilissimamente senza stridolare sotto lo strumento. D'altronde si osserva che le parti affette non anno subito alcuna trasformazione organica, poichè vi si distingue sempre la struttura propria dell' utero. Sembra però che i tessuti abbiano sofferto una vera ipotrofia. In fatti, le fibre sono più apparenti, e qualche volta si può accompagnare la direzione di alcune di esse; una materia albuminosa è infiltrata ne' loro interstizi, senza però essere intimamente combinata con esse, poichè spesso può esserne separata mediante la macerazione di alcuni giorni. Non ostante l'aumento di volume del corpo uterino, la cavità del viscere non è quasi mai ingrandita, spesso ancora la sua capacità è diminuita. In ragione di

questo aumento di volume, si concepisce che l'utero deve aver contratto de' novelli rapporti cogli organi addominali; quasi sempre in fatti, esso è spostato, in istato di prolasso o deviato in differenti maniere (*antiversione, retroversione, inclinazioni*). Questi spostamenti possono essere primitivi; il più delle volte però essi sono consecutivi allo ingorgo, e dipendono dal peso insolito che l'utero ha acquistato.

Sintomi. — Evvi degli ingorghi cronici dell'utero i quali, abbenchè molto estesi, rimangono affatto latenti, cioè che non si appalesano per alcun disturbo funzionale: i fatti di questo genere però sono molto rari. Nella quasi totalità de' casi, l'induramento dell'organo si accompagna a' sintomi locali e generali, in rapporto alla estensione dell'alterazione. Quindi la maggior parte delle ammalate provano profondamente nello ipogastrio o nel bacino un dolore sordo, continuo, il quale si esacerba a momenti, e specialmente dopo una fatica o pure ad alcune epoche della mestruazione: esso si aumenta comunemente sotto la pressione, ed accompagnasi agli stessi stiramenti agli inguini ed alla parte superiore ed interna delle cosce, agli stessi dolori lombari e sacri, che abbiamo notati nello stato acuto. È nello ingorgo cronico specialmente che le ammalate accusano un peso verso il sacro, de' premiti, degli sforzi nell'atto delle evacuazioni, una costipazione abituale, de' frequenti desiderii di urinare, del cuocere durante la emissione del liquido, accidenti i quali dipendono per la maggior parte dalla compressione che l'organo affetto esercita sul retto e sulla vescica. Spesso manca la leucorrea; altre volte a luogo dalle parti genitali uno scolo mucoso più o meno abbondante, senza odore o pure di un odore insipido. La mestruazione è quasi sempre alterata nella metrite cronica: in fatti, alcune volte è sospesa, altre volte diminuita o irregolare nelle sue comparse. I palemi prodotti dallo ingorgo dell'utero aumentano quasi sempre colla stazione, e specialmente col cammino, mentre la posizione orizzontale calma e fa pur anche cessare completamente i dolori. Queste si negano il più delle volte a' ravvicinamenti sessuali. I segni più positivi sono forniti dalla esplorazione diretta dell'organo ammalato: quindi colla introduzione del dito nella vagina, si osserva che il collo dell'utero è duro ed aumentato di volume. Lo ingorgo però veramente infiammatorio e niente affatto scirroso raramente è circoscritto al collo, e specialmente ad uno de' labbri del muso di tinca, ma quasi sempre si estende allo stesso corpo. In questo caso, alzando il dito nell'atto di voler spingere il viscere verso lo stretto superiore, si osserva che questo è pesante, e poco o affatto mobile. Se, mentre il dito è in vagina, si applica la mano opposta sull'ipogastrio, si avverte il volume dell'utero nel senso verticale. In fine per completare

la esplorazione, se si pratica il tatto per la via del retto, si conosce, anche meglio che col tatto vaginale, l'aumento del corpo uterino. L'uso dello *speculum* è utile soltanto quando il collo è esso stesso ingorgato; in questo caso, si può, con questo strumento, vedere il colorito rosso di questa parte, ed apprezzare colla vista il suo volume e la sua direzione. In fine, i risultati ottenuti dallo *speculum* sono molto meno importanti di quelli ottenuti dal tatto del retto e della vagina. Le differenti esplorazioni delle quali abbiamo parlato sono alcune volte senza dolore; ma il più delle volte il tatto è più o meno doloroso, specialmente quando si toccano certe parti, o quando si cerca di spingere a forza l'utero verso il ventre. In queste manovre succede spesso uno scolo di una piccola quantità di sangue; questo fenomeno è ben lungi dall'essere tanto frequente quanto nella degenerazione scirroso o cancerigna.

Nello ingorgo cronico dell'utero, la nutrizione poco si risente; quasi tutte le ammalate conservano sufficiente grassezza e forza, e le digestioni sono intatte; raramente avvi febbre. In molte donne però, si osservano diversi disturbi simpatiei, specialmente per parte degli organi digestivi: quindi le digestioni sono stentate, accompagnate da sviluppo di gas, da gonfiamento del ventre; in fine, diversi accidenti nervosi isteriformi possono manifestarsi ad intervalli più o meno ravvicinati. Si è pur detto che i seni erano spesso gonfiati e dolorosi: questo fenomeno però non è tanto comune per quanto generalmente si è detto.

In riassunto, si vede che il più delle volte un ingorgo, anche considerabile, dell'utero, non occasiona altri disturbi funzionali meno quelli che risultano dal volume dell'organo e dalla compressione o dalle stirature che questo esercita sugli organi vicini.

Corso, durata, esiti. — Quest'ingorghi tendono a rimanere per lungo tempo stazionari ed avere una lunga durata; in fatti, raramente cedono prima di due o tre mesi, il più delle volte la loro risoluzione si fa desiderare per molti anni. In generale si pensa che questo ingorgo può degenerare in scirro ed in cancro: questa trasformazione però, molto rara, à luogo soltanto nelle donne predisposte. Se alcuni l'anno considerata siccome comunissima, si è che essi hanno confuso degli ingorghi primitivamente scirrosi con quelli infiammatori. L'esito per suppurazione è rarissimo; d'altronde gli ascessi che si osservano nel corso degl'ingorghi cronici dell'utero si formano molto meno in quest'organo che ne' suoi annessi o nel tessuto cellulare del bacino, parti alle quali la flemmasia si propaga alcune volte.

Diagnosi. — I dolori lombari e sacrali, gli stiramenti negli inguini e nelle cosce, il peso al perineo, indicano quasi

sempre un palema dell' utero ; il tatto solo però permette di stabilire la diagnosi con qualche certezza , facendo conoscere la sede e la natura della lesione. L' ingorgo del collo non potrà mai essere confuso con alcuno de' numerosi tumori che si osservano nella vagina. Quello che occupa il corpo , per la durezza , pel dolore che la pressione risveglia e per gli accidenti che lo accompagnano, non potrà confondersi con una incipiente gravidanza, nè collo sviluppo dell' utero prodotto da una mole; poichè in tutti questi casi , l' organo non à la consistenza che acquista quando è cronicamente infiammato. Non si potrà credere la esistenza di un ingorgo cronico ne' casi di un prodotto cartilagineo nel tessuto dell' utero perchè allora l' organo è ineguale e disseminato da tumori duri, solidi, avendo uno sviluppo lentissimo. La malattia colla quale la metrite cronica , con induramento , offre più di rassomiglianza , è senza dubbio l' induramento scirroso : l' analogia è talmente grande , in un certo numero di casi, da tornare impossibile di stabilire a primo aspetto la diagnosi differenziale. Però il più delle volte si distinguono le due malattie l' una dall' altra considerando che lo scirro è ordinariamente limitato al collo, almeno al suo sviluppo , che esso è più circoscritto dello induramento infiammatorio, che la durezza dello ingorgo, il peso del tumore , sono anche più considerabili , e che la pressione vi sviluppa meno dolore. In fine le ineguaglianze , e le gonfiezze del tumore scirroso , il suo colore , di un bianco matto , le emorragie che l' accompagnano saranno altrettanti caratteri che li distingueranno dagli ingorghi semplicemente cronici.

Pronostico. — L' ingorgo cronico dell' utero è una malattia che raramente compromette la vita ; però il pronostico è molto grave in ragione specialmente della lentezza colla quale la guarigione à luogo. Siccome è dimostrato che , in alcuni casi rari d' alironde, l' ingorgo infiammatorio à degenerato in scirro, perciò si dovrà essere inquieto sull' esito che potrebbe averè un ingorgo uterino che affetta una donna verso l' età critica, o che sarebbe predisposta ad un cancro per linea ereditaria.

Etiologia. — Gli ingorghi cronici dell' utero , rarissimi dopo l' età critica , a meno che non siano scirrosi , più rari ancora prima della pubertà , affettano specialmente le donne nel periodo di venticinque a quarant' anni. Spesso consecutivi alla metrite acuta , si osservano più ordinariamente manifestarsi in modo lento ed insidioso , e senza essere distinti da sintomi particolari se non quando la malattia occupa una grande estensione. Questa malattia si osserva specialmente dopo i parti faticosi o gli aborti , specialmente quando sono stati procurati con qualche manovra diretta. La sodomia , l' abuso del coito , sono cause attive tanto di metrite cronica quanto acuta ; esse agisco-

no specialmente con molta efficacia quando l' utero è nello stato di prolasso,

Cura. — A meno che non fosse controindicato per qualche circostanza, bisogna cominciare la cura degl' ingorghi cronici dell' utero con un metodo antilogistico. Quando la donna è forte, si praticheranno uno o due salassi generali, poi si ricorrerà ad alcune emissioni sanguigne locali: quindi le coppe scarificate saranno applicate a' lombi, alle regioni ipogastrica e sacrale, o pure si applicheranno le sanguisughe agl' inguini, alla vulva all' ano, avendo cura di applicarne un gran numero in ciascuna volta, e favorire lo scolo del sangue, per sgorgare i tessuti ed impedire lo effetto congestivo che procurerebbe necessariamente un salasso insufficiente. In questi ultimi tempi, diversi pratici, e tra gli altri il Signor Duparcque, hanno consigliato di applicare le sanguisughe allo stesso collo dell' utero, anticipatamente messo allo scoperto mediante lo *speculum*. L'abile medico pare abbia ottenuto con questo mezzo rapide risoluzioni d' ingorghi uterini molto considerabili. Noi però siamo stati meno felici di lui, e concordemente col Signor Dugès, colla Signora Boivin, e col Signor Chomel, consideriamo l' applicazione delle sanguisughe sul collo dell' utero siccome una pratica incerta, dispiacevole, faticosa. Quindi non bisognerebbe metterla in pratica se non quando gli altri salassi locali non avrebbero prodotto alcun effetto ed il salasso sarebbe ancora indicato. Nello stesso tempo le ammalate faranno uso de' bagni generali o de' topici emollienti: esse praticheranno delle iniezioni mucilagginose e calmanti nella vagina; hanno pur anche consigliato d' introdurvi i cataplasmi, e di esporre il collo ad una macerazione prolungata. Questi mezzi però sono ripugnanti per la donna, e d' altronde la loro efficacia è molto dubbia. Le ammalate staranno in riposo assoluto nella posizione orizzontale. Si manterrà il ventre lubrico mediante i clisteri o le bevande leggermente lassative. In fine senza assoggettare le donne ad una dieta assoluta, ciò nonpertanto non bisognerà loro permettere se non che l' uso di una piccola quantità di alimenti, nello scopo di attivare per quanto è possibile lo assorbimento interstiziale, specialmente a spese dell' organo ammalato. I medicamenti fondenti saranno scelti in preferenza tra le preparazioni mercuriali o iodate, che verranno amministrate specialmente per frizioni allo ipogastrio ed alla parte interna e superiore delle cosce. Sono state pur anche vantate le preparazioni di oro, di arsenico e di tartaro stibiato per frizioni (1 gramma in 23 di sugna), nello scopo di determinare lo assorbimento senza ulcerare la pelle. Gli alcalini sotto forma di bagni, di bevande, d' iniezioni, il ioduro di potassio internamente, dalla dose di 1 a 4 gramme, potrebbero essere pur anche utili. Negl' ingor-

ghi affatto indolenti ed antichi, si tenteranno ancora le doccature ascendenti nella vagina: saranno semplicemente acquose, o pure si renderanno alcaline o solforose; questo mezzo però esige grandi precauzioni, sarà tosto sospeso quando provocasse de' dolori vivi. In fine vi sono degl' ingorghi restii a tutti i precedenti medicamenti; ed allora bisognerà, purchè gli antecedenti lo permettino; tentare un metodo completamente antilogistico, poichè vi sono molti induramenti del corpo e del collo dell' utero i quali non riconoscono altra causa menochè il virus venereo.

Niente è detto finora de' sedativi o de' narcotici, quantunque essi siano ausiliari possenti degli altri medicamenti. Essi s' impiegano quando i dolori sono vivi, quando esiste qualche altro accidente nervoso, o finalmente quando vuol temperarsi l' azione irritante di certi medicamenti.

2.° *Metrite cronica ulcerosa e bernocoluta.*

Sul collo dell' utero possono svilupparsi delle esulcerazioni di diversa specie: le une sono lo effetto d' un lavoro idiopatico e puramente locale; le altre sono il prodotto di una causa specifica, come il virus sifilitico, o di una diatesi generale, come il cancro. Si è pur anche preteso esservi delle ulcere erpetiche e scrofolose; ma sinora la loro esistenza è molto dubbia. In questo luogo dobbiamo occuparci soltanto delle ulcerazioni idiopatiche. Ne distingueremo tre specie, cioè: le *erosioni semplici*, o le *esulcerazioni*, le *erosioni con granulazioni*, e le *ulcere propriamente dette*.

Le erosioni sono ulcerazioni molto superficiali, le quali sembrano risultare unicamente dalla distruzione dello epitelio e dalla infiammazione del corpo reticolare, il quale è rosso e levigato. Il più delle volte però la superficie denudata è disseminata da un numero più o meno considerabile di piccole granulazioni rosse, facilmente gementi sangue, separate da piccoli solchi, la rende molto simigliante alla fragola e specialmente al framboasso. Questa lesione può essere circoscritta ad una delle labbra del muso di tinca; il più delle volte le invade tutte due, e si propaga più o meno al collo dell' utero, il quale è gonfio, e come enfiato, come pure nella sua cavità, e sin anche nella faccia interna del corpo. Questa lesione la quale è frequentissima, è conosciuta sotto i nomi di metrite *granulata* o ulcerazione *granulata*, o *framboassa*. Non però tutti ammettono in questi casi la esistenza di una ulcerazione del collo. I signori professori Chomel e Velpeau specialmente considerano le granulazioni di cui è parola, non come delle vegetazioni alla superficie di un' ulcera, ma siccome una ipertrofia

de' follicoli mucosi. Quantunque io mi sia abituato a dividere le opinioni di questi due abili professori, non posso però appigliarmi al loro parere, atteso che esaminando un gran numero di colli uterini ammalati, mi è sembrato riconoscere ne' casi di cui parliamo i caratteri di una ulcerazione superficialissima. Il collo dell' utero potrebbe essere allora paragonato alla superficie di un vescicante, disseminata di piccoli bottoni carnosì. Nell' uno e nell' altro caso, in fatti, evvi soltanto una semplice denudazione.

Però, siccome l' abbiamo già detto, si trovano qualche volta sul collo dell' utero delle ulcerazioni più o meno larghe e profonde, delle quali le une sono l' effetto di una causa specifica (sifilide, cancro, tubercoli), mentre le altre, ordinariamente spontanee; dipendono soltanto da una modificazione locale, da un' alterazione di nutrizione del tessuto sul quale hanno sede. Di queste soltanto ci occuperemo in questo articolo.

Le ulcerazioni delle quali parliamo sono alcune volte superficialissime; altre volte sono profonde, ed in questo caso si accompagnano quasi sempre da un ingorgo del collo. La soluzione di continuo può essere circoscritta ad una delle labbra, o estesa a tutte due; qualche volta si propaga nello interno del collo. Questo è ora duro; ora al contrario è molle, siccome edematoso al tatto. La superficie della ulcerazione è più o meno ineguale; non è però grigiastro, ed i bordi non sono sfrangiati come nelle ulcere sifilitiche; i bordi non sono rovesciati, duri o fungosi, come nell' ulcera cancerigna; essa non à i bordi assottigliati, non vi sono caverne profonde nel collo nè tragitti fistolosi, che danno passaggio ad una materia caseosa, come nelle ulcere tubercolose. Vi si scovono delle piccole fungosità che gemono sangue facilmente; allora si dice che l' ulcerazione è *fungosa*.

Sintomi. — I disturbi prodotti dalle ulcerazioni semplici e granulose del collo sono variabilissime. Alcune donne non provano alcun incomodo; altre soffrono soltanto alcun poco di leucorrea: nella maggior parte però lo scolo è considerabilissimo. Esso è bianco, opaco o puriforme, spesso misto a delle mucosità trasparenti le quali derivano dalla faccia interna del corpo o dal collo dell' utero. Nello stesso tempo le donne provano un calore nel fondo della vagina, de' pesi incomodi al sacro, delle stirature e de' dolori negl' inguini, nelle cosce, e verso la regione lombare e sacra. Questi patemi sono tali in alcune donne da impedir loro il cammino, e costringerle a conservare per qualche tempo la posizione verticale. Il coito è spesso doloroso, e dà luogo ad uno scolo sanguigno. La mestruazione può essere regolare; ma spesso è sconcertata, sia per le epoche, che sono irregolari, sia per la quantità di sangue perduto, il quale ora è più, ora è meno considerabile. Il tatto dà quasi sempre de' risultati negativi: solamente fa conoscere che il più delle volte non

esiste alcun ingorgo del collo e del corpo; ma raramente fa conoscere la lesione della quale il muso di linca è la sede. Però, alcune volte, percorrendo col dito questa parte dell'organo, si sentono delle piccole ineguaglianze, o pure in vece di una superficie levigata, liscia e resistente, si distingue una superficie molle e pastosa, la quale presenta, dice il Signor Chomel, la sensazione che si prova quando si tocca il *Velluto d'Utrecht*. Tutti i segni però che abbiamo enumerati possono soltanto dare alcune supposizioni sulla natura dell'alterazione del collo. Per conoscerle in modo certo, bisogna mettere le parti allo scoperto mediante lo speculum. Il collo allora si presenta più voluminoso: le labbra e l'orificio offrono un colorito di un rosso vivo, formando una piastra ovale, o rotonda molto circoscritta, distintissima dalla parte sana, non solo pel suo colorito, ma ancora per le piccole protuberanze confluenti delle quali la faccia è disseminata, e che ci hanno indotto a farlo paragonare allo aspetto del framboasso.

Le ulcere profonde o le fessure producono la maggior parte degli accidenti delle ulcerazioni semplici e granulate. Sembra però, specialmente dietro le osservazioni del Signor Duparcque, che le prime determinano degli scoli meno abbondanti, però sono accompagnate da dolori più vivi, da un senso di bruciore e di corrosione che si esacerbano sotto gli avvicinamenti sessuali, spesso ad un estremo punto. Il tatto può farle conoscere per una sensazione che dà di una depressione o di una mezza luna più o meno profonda sopra un punto della circonferenza dell'orificio dell'utero. Il collo inoltre è considerabilmente gonfiato, più o meno deviato; ora duro, ora molle, e come fungoso.

Corso. — Non cade dubbio che le differenti ulcerazioni del collo possono cicatrizzarsi spontaneamente: l'ulcerazione però granulata è quella che meno tende alla guarigione: la sua durata è sempre lunghissima.

Diagnosi. — Lo ripetiamo che le differenti specie di ulcerazioni del collo dell'utero non possono essere diagnosticate se non che mettendo allo scoperto la parte affetta mediante lo speculum, specialmente quando trattasi di metrite granulata. I caratteri dell'alterazione, cioè il colorito rosso e lo stato granulare della superficie, senza depressione, non permettono affatto di confonderla con alcun'altra specie di granulazione, e specialmente colle ulcerazioni sifilitiche e cancerigne, colle quali, siccome lo vedremo appresso, essa non ha alcun rapporto.

Pronostico. — Le ulcerazioni del collo che abbiamo studiate non presentano alcun pericolo. La metrite granulata specialmente è una malattia la quale può essere incomoda, ma costantemente benigna; comunque antica ed estesa possa essere d'altronde, non produce mai la degenerazione cancerigna. Bisogna dunque cal-

mare i timori che quasi tutte le donne provano, astenendosi pure d'indicare la loro affezione co' nomi di *ulcera* o *ulcerazione* a causa della idea del cancro che queste parole risvegliano nel loro spirito. Le ulcerazioni profonde, quelle specialmente accompagnate da ingorgo del collo sono più gravi, non per le conseguenze, le quali non sono mai pericolose, ma per la lunghezza della malattia. Queste affezioni possono essere un ostacolo alla fecondazione per l'ostacolo meccanico che oppongono alcune volte alla introduzione del liquore seminale nella cavità uterina; i signori Chomel ed Emery hanno osservato di simili casi.

Etiologia. — Non si conoscono ancora se non che molto imperfettamente le cause della metrite ulcerosa; ciò che avvi di certo si è che le ulcerazioni e specialmente la forma granulata, si osservano soltanto nelle donne ancora giovani, cioè da venticinque a trentacinque o quarant'anni: esse colpiscono solo quelle che hanno avuto uno o molti figli. Il virus venero non à alcuna influenza alla produzione di questa malattia.

Cura. — La cura consiste nel calmare la infiammazione quando è molto intensa, e favorire la cicatrizzazione delle ulcere. Quando queste sono dolorosissime, quando riposano sopra un fondo infiammato, indurato, bisognerà limitarsi a prescrivere de' bagni, delle iniezioni mucilagginose e calmanti, e qualche volta uno o due salassi generali o locali. Quando il periodo infiammatorio è passato, gli emollienti verranno sostituiti dai risolutivi e dagli astringenti, come le soluzioni di allume, di acetato di piombo, di solfato di zinco: se i tessuti sono stati colpiti da atonia, si praticherà qualche iniezione tonica ed astringente in un tempo, come la decozione di china, di quercia, di noce di galla, di noce. Questi mezzi però in generale hanno poca azione contro le ulcere granulari, delle quali non si può il più delle volte stabilire la cicatrizzazione, se non che modificando la superficie colla cauterizzazione. Per praticarla, s'introduce lo speculum, e dopo aver messo il collo allo scoperto, si asterge mediante gli stuielli di filaccia dalle mucosità che lo ricoprono, quindi si tocca la superficie rossa e granulosa con un pennello impregnato di una soluzione di nitrato di argento, o anche meglio con un caustico solido, come il lapis del nitrato di argento. La cauterizzazione in generale deve essere superficiale, eccetto ne' casi però in cui la superficie è molle e sanante; poichè in questo caso convien distruggere con una cauterizzazione più profonda questa esuberanza di tessuto. Quando la superficie alletta si è fatta bianca coll'azione del caustico, s'inietterà dell'acqua tiepida per dar luogo alla uscita delle parti del caustico, le quali non avendo agito, potrebbero spiegare la loro azione sulla vagina: lo speculum sarà quindi ritirato. Difficilmente una sola cauterizzazione è suf-

sciente, quasi sempre sono necessarie molte, però debbono praticarsi dopo un intervallo di otto giorni l'una dall'altra, almeno per quanto la nostra esperienza ci ha dimostrato. Questa operazione non produce quasi mai alcun dolore: però alcune donne accusano alcun poco di cuociore; in molte à luogo un piccolo gemitio o di sangue nel giorno in cui la cauterizzazione è stata praticata, specialmente quando si tratta della prima o della seconda volta. In alcune sollecita pur anche la comparsa delle regole. Quasi sempre, sin dalla prima cauterizzazione lo scolo leucorroico diminuisce dal quarto al quinto giorno. Noi prescriviamo nel giorno della cauterizzazione un bagno tiepido, alcune iniezioni vaginali ed il riposo nella posizione orizzontale. Ne' giorni seguenti però vogliamo che le donne continuino le loro occupazioni ordinarie; e non sapremmo approvare la pratica di molti medici i quali, per mesi interi, condannano le donne ad un riposo assoluto, lo che produce spesso un'alterazione nelle digestioni e diversi disturbi nervosi. Il riposo però sarebbe necessario se esistesse un ingorgo considerabile o qualche spostamento dell'utero. Gli amplessi sessuali pare doversi proibire, o almeno saranno rari durante la cura, la quale si prolunga spesso per lo spazio di due o tre mesi.

Quantunque preferiamo in tutti i casi l'azotato di argento agli altri caustici, diremo però che tutti i pratici non sono dello stesso avviso. Quindi molti usano il nitrato acido di mercurio, il quale non solo non à alcun vantaggio sul primo, ma molte volte eccita una salivazione interminabile. Altri anno consigliato di toccare la superficie affetta col caustico di Vienna solidificato; in fine, il Signor Jobert à preconizzato in questi ultimi tempi la cauterizzazione col ferro ruente: questo mezzo è più spaventevole che doloroso. È poi efficace specialmente nelle ulcerazioni fungose, per quelle però semplici o granulate; preferiamo il lapis di azotato di argento.

La cauterizzazione non conviene solamente nella metrite granulata, ma reca pure sommo vantaggio nelle erosioni e le ulceri benigne, semplici o complicate da un ingorgo del collo, quando i topici emollienti e detersivi sono stati impotenti per determinarne la cauterizzazione. D'altronde quando avvi contemporaneamente ingorgo ed ulcerazione del collo, bisogna trattare quella che predomina. In generale, bisogna cercare dapprima di risolvere l'ingorgo.

DELLA OVARITE

Si descrive sotto il nome di *ovarite*, *ooforite* l'infiammazione del tessuto delle ovaie.

Caratteri anatomici. — L'ovaia infiammata acquista sempre un volume triplo o quadruplo di quello che presenta nello stato normale, qualche volta le dimensioni sono quanto quelle di un uovo di oca o del pugno di un adulto. Allora è rotonda o ovale; il suo tessuto, floscio, friabile, presenta un colorito più o meno carico; nell'interno, è infiltrato di un liquido sieroso o sero albuminoso; alcune volte vi si osservano delle piccole raccolte sanguigne. Ad un'epoca più o meno avanzata vi si osserva del pus infiltrato, poi riunito in uno o molti focolari. Quando l'ovaia è molto voluminosa, non solo sposta l'utero, comprime il retto, la vescica, i vasi ed i nervi della pelvi, ma pur anche oltrepassa più o meno il bordo del distretto superiore. Questi numerosi rapporti renderanno conto in prosieguo delle differenti vie per le quali gli ascessi delle ovaie possono vuotarsi. In fine, per terminare ciò che ha rapporto all'anatomia patologica, diremo che l'ovarite coesiste frequentemente con altre alterazioni recenti o antiche dell'utero, de' ligamenti larghi, delle trombe, della vagina o del peritoneo. I caratteri anatomici dell'ovarite cronica non sono ancora sufficientemente conosciuti.

Sintomi. — L'ovarite si sviluppa quasi sempre con un dolore vivo o ottuso che le ammalate soffrono profondamente dietro l'una delle arcate crurali. Questo dolore, che aumenta sotto la pressione, rende il cammino penoso, ed il più delle volte si accompagna a mal'essere, a febbre, qualche volta a nausea ed a vomiti. Tosto però si osserva un tumore più o meno voluminoso; dapprima nascosto profondamente nel bacino, non tarda ad occupare l'altezza del distretto superiore; spesso si prolunga nella fossa iliaca, più raramente nella regione lombare, o pure lungo la linea bianca sino all'ombelico. Questo tumore, avendo la forma di un ovale allungato, è quasi sempre situato obliquamente; esso è duro, renitente, completamente matto e doloroso. Col tatto e colla percussione si precisano facilmente i suoi limiti superiore e laterali; non avvicina però così per la parte inferiore, dove si sente che esso si spinge profondamente nel cavo della pelvi. Se si pratica il tatto vaginale, l'utero si trova spesso situato più in basso o più inclinato o anche in uno stato di anteversione o retroversione. Si dà per cosa certa che i movimenti che vengono impressi al collo, sono trasmessi al tumore e reciprocamente; lo che indica che questo tumore è formato dagli annessi dell'utero, o almeno a contratto con

quest'organo delle intime aderenze. Si conosceranno infine i rapporti del tumore col retto introducendo l'indice in questo intestino.

Corso, esiti. — Dopo essere stato per lungo tempo stazionario, l'ingorgo infiammatorio può diminuire ed anche sparire alla fine di uno o due settenari: allora diceasi essere avvenuta la risoluzione. Niente però dimostra siccome si è preteso in diverse epoche, che l'ovarite potesse terminare per metastasi, come si osserva in certi ingorghi de' testicoli, sia che la metastasi abbia luogo sulla ovaia del lato opposto, sia che avvenga sul tessuto cellulare parotideo (*orecchioni*). La suppurazione poi è un accidente comunissimo, ed è annunziata da una recrudescenza di sintomi infiammatori, e poi da freddi irregolari e da sussurri notturni. Nello stesso tempo il tumore è più molle, fluttuante, se non in tutta la sua estensione almeno in alcuni punti. In questo caso specialmente si osservano certi accidenti, come sarebbe lo stupore, i crampi, o l'edema del membro corrispondente alla pelvi, o anche de' frequenti desideri di urinare, la disuria e la costipazione, a causa della compressione che l'ascesso dell'ovaia esercita su i nervi, su i vasi, sulla vescica e sul retto. In questa circostanza, bisognerà rinnovare il taglio per la via della vagina e del retto, per precisare i rapporti che il tumore ha contratti con questi due organi.

Le vie per le quali il pus vien fuori allo esterno sono numerosissime. Il più delle volte si vuota in uno degli organi circostanti, specialmente nel retto e la vagina, meno frequentemente nel collo dell'utero, e molto più raramente ancora nella vescica. O pure il pus si scava una strada a traverso le pareti addominali; in fine in alcuni casi rari, il focolaro essendosi rotto nel peritoneo ne risulta una peritonite perperacuta, e prontamente la morte. Eccettuato questo caso, in tutti gli altri l'apertura dello ascesso reca un sollievo notabilissimo. Lo scolo del pus continua in generale per molti giorni, poi finisce, sia perchè la sorgente è estinta, ed allora le ammalate guariscono; sia piuttosto perchè l'apertura di comunicazione si è ristretta o obliterata: in questo caso, il pus accumulandosi nel focolaro, il tumore riprende le sue primitive dimensioni: gli stessi accidenti si rinnovano sino a tanto che la materia purulenta si è scavato una novella apertura. Queste ritenzioni e questi scoli alternativi di pus possono aver luogo molte volte di seguito. In fine molti ammalati periscono per languore e per l'abbondanza della suppurazione. La maggior parte però guariscono completamente, però solamente dopo molti mesi di cura. Abbenchè ristabile, alcune donne rimangono con un'apertura fistolosa; in un numero maggiore si vede persistere nel cavo della pelvi un nocciolo d'ingorgo, il quale non si risolve che dopo lunghissimo tempo, e può, ad epoche più o meno lontane, dopo molti an-

ni, per esempio, addivenire la sede d' un novello lavoro infiammatorio, il quale termina nello stesso modo de' primi. Abbiamo veduto molte volte queste recidive distinte dalle perdite uterine considerabilissime ed ostinatissime.

Diagnosi. — Crediamo essere quasi sempre possibile distinguere l' ovarite da' tumori flemmonosi o fluttuanti i quali si formano nelle fosse iliache, ricordandosi che nell' ovarite il tumore è ovoide, diretto obliquamente, molto profondamente spinto nel piccolo bacino, spesso mobile, ed i movimenti che gli s' imprimono possono essere trasmessi all' utero, e reciprocamente. Ci sembra però assolutamente impossibile poter distinguere durante la vita, gli ascessi delle ovaie da quelli che sono formati nella spessezza de' ligamenti larghi e nella tromba. In quanto alla diagnosi differenziale dell' ovarite dalle diverse specie dei tumori dell' ovaia, come cisti sierose, ammassate, o gravidanze extrauterine, siccome queste lesioni hanno un andamento essenzialmente cronico, potranno facilmente distinguersi dagl' ingorghi infiammatori.

Pronostico. — L' ovarite termina raramente colla morte; non per tanto deve considerarsi come una malattia incomoda, a causa della ostinazione degli accidenti e delle frequenti recidive.

Etiologia. — L' ovarite à luogo frequentemente dopo il parto; non ostante però la contraria assertiva di Dugès e della Signora Boivin, è certo che questa malattia è molto comune fuori lo stato di gravidanza e dello stato puerperale. Allora si dichiara spesso dopo la istantanea soppressione delle regole, o pure in seguito di una violenza, come una contusione della parte inferiore dell' addome. L' ovarite è stata considerata specialmente come capace di svilupparsi sotto la influenza di certe affezioni dell' utero e della vagina. Quindi il Signor Mélier à preteso che le ovaie s' infiammavano frequentemente nel corso della metrite ulcerosa, della quale opinione non abbiamo potuto giustificare la esattezza. Si è pure anche detto che nella blenorragia della donna la infiammazione si propagava spesso all' ovaia, nello stesso modo come nell' uomo assale il testicolo. Senza negare assolutamente questa proposizione, crediamo non per tanto essere stata un poco troppo esagerata, e che nell' emetterla si son lasciati guidare un poco troppo dall' analogia anzi che da una severa osservazione. Checchè ne sia raramente le due ovaie s' infiammano simultaneamente, e la infiammazione sembra essere più frequente nella sinistra anzichè nella destra.

Cura. — Curando la malattia sin dal suo sviluppo, non avvi speranza di vederla terminare colla risoluzione se non coll' uso metodico di una cura antiflogistica. Raramente i sintomi generali sono tanto gravi da richiedere un solo; e molto meno molti salassi generali; però si applicheranno moltissime sanguisughe al-

l'ipogastrio ed agl'inguini; queste parti saranno ricoverte di cataplasmi; si amministreranno i bagni, si manterrà il ventre lubrico. A questi mezzi si uniranno alcune frizioni mercuriali sul tumore, e quando il periodo infiammatorio è dissipato, se l'ingorgo continua ancora, si stabilirà una forte controirritazione sulla pelle mediante l'applicazione di uno o molti vescicanti volanti. La suppurazione una volta stabilita, bisogna cercare di richiamarla verso lo esterno. Se il tumore, protuberando allo ipogastrio o nel fianco, solleva fortemente la pelle, se al suo livello esiste l'edema, e se tutto fa conoscere che l'ascesso è contratto delle aderenze colle pareti, lo si vuota mediante una larga incisione; nel caso contrario, si applicano successivamente molti pezzetti di potassa caustica col metodo che indicheremo quando ci faremo a parlare delle cisti idatiche del fegato. Praticando il tatto dalla vagina o dal retto, si conoscerà se lo ascesso tende a portarsi verso questi organi, se vi forma una notevole protuberanza, se in questa esplorazione si avverte chiara la fluttuazione, e se si conosce che la parte è assottigliata, non bisognerà trascurare di praticare un'apertura mediante un bisturi, un tre quarti od un faringotomo. Lo scolo del pus verrà favorito mediante una posizione convenevole. S'impedirà che potesse stagnare mediante le iniezioni nel focolare; qualche volta si potrà anche usare una metodica compressione. Se il tragitto rimane fistoloso, potrà convenire d'irritarlo mediante le iniezioni iodate, solforose o anche col nitrato di argento. In fine, in questi casi ostinati, si consiglia una novella gravidanza, ed allora si è quasi sempre riuscito a cicatrizzare il focolare per effetto della compressione che l'utero sviluppato esercita sulle sue pareti.

DELLA INFIAMMAZIONE DELLE TROMBE UTERINE E DE' LIGAMENTI LARGHI

Le trombe possono infiammarsi; però questa infiammazione il più delle volte non è primitiva, o almeno esiste raramente sola. In fatti, quasi sempre si accompagna a qualche lesione della stessa natura o da qualche altra alterazione dell'ovaia, de' ligamenti larghi, dell'utero o del peritoneo. Checchè ne sia, la infiammazione delle trombe non produce in generale, alcun tumore: le ammalate accusano, profondamente nel bacino e verso la regione iliaca, un dolore più o meno vivo. Però al cospetto de' risultati negativi forniti dalla esplorazione, e particolarmente dal tatto, torna impossibile poter precisare la diagnosi della malattia; forse accadrebbe lo stesso se la tromba, essendo obliterata a' suoi due estremi, o se materia purulenta accumulandosi nella cavità, formasse un tumore più o meno voluminoso e proeminente nel fian-

co. Siamo di avviso che in simile circostanza non sarebbe possibile stabilire la diagnosi della sede dell' alterazione; d'altronde tutto ciò non presenterebbe un grande inconveniente, almeno sotto il rapporto pratico. Nello ascesso della tromba, il pus può uscir fuori per le stesse vie che ne' casi di ascessi delle ovaie.

Quel che abbiamo detto della infiammazione delle trombe si applica egualmente alla infiammazione del tessuto cellulare compreso tra le due pieghe del peritoneo, che chiamansi *ligamenti larghi*. Questa infiammazione, più frequente di quella delle trombe, ma molto più rara di quella delle ovaie, colla quale però spesso coincide, à luogo quasi sempre dietro gli sgravi. Essa determina un dolore vivo e profondo sopra uno de' due lati del piccolo cavo della pelvi; spesso col tatto si scovre in questo punto un tumore duro, doloroso, diretto trasversalmente o piuttosto obliquamente all' ipogastrio e sin nella fossa iliaca; il tessuto cellulare di questa regione finisce spesso coll' infiammarsi a suo tempo. Il tatto per l'organo della vagina, e specialmente pel retto, fa conoscere un tumore renitente o fluttuante, il quale si distingue e si rende facilmente isolato dall' utero: torna però assolutamente impossibile determinare se questo tumore sia formato dall' ovaia, o da' ligamenti larghi. D'altronde, qualunque possa essere l'organo a spese del quale l' ascesso è formato, i pericoli per le ammalate sono sempre gli stessi; il pus può farsi strada per le stesse vie; in fine le indicazioni a compiersi non differiscono ne' due casi.

DELLA PERITONITE

La parola *peritonite* significa infiammazione del peritoneo.

Storia e divisioni. — Prima delle immortali ricerche di Bichat sulle membrane, le idee che si avevano della peritonite erano confusissime, poichè, è mezzo secolo appena, la quasi totalità de' medici ammettevano, con Portal, Pinel e Bosquillon, che la peritonite non era mai indipendente dalla flemmasia degli altri visceri addominali; colla quale essa era confusa. Abbenchè Johnstons, nella sua dissertazione sulla febbre puerperale (Edimbourg, 1779), e Walter (1785), avessero indicato che il peritoneo poteva infiammarsi isolatamente, può però dirsi che Bichat fu il primo il quale isolò questa malattia, e ne fece un' affezione distinta dalla enterite e dalla gastrite, per quanto la pleurisia lo è dalla polmonia. Le ricerche patologiche di Gase (Thèse de 1802), quelle di Laënnec, inserite nell'anno 11° nel giornale di Corvisart, non tardarono a confermare le opinioni del nostro grande fisiologo: da quel momento la peritonite trovò un posto distinto nel quadro nosologico, e divenne l' oggetto d' importantissimi travagli, de' quali andiamo debitori specialmente a

Broussais (1) a' signori Andral (2), Chomel (3). Scoutetten (4). (Vedi in prosieguo *Peritonite puerperale*).

Convien distinguere molte specie di peritonite: la prima che chiameremo *spontanea o primitiva*, e che à luogo nell'uomo ed anche nella donna fuori lo stato puerperale, e si manifesta sotto la influenza delle cause che predispongono allo sviluppo delle altre flemmasie; la seconda specie è la peritonite *puerperale*, perchè assale le donne recentemente partorite; la terza specie la chiameremo *sintomatica o consecutiva*, perchè à luogo consecutivamente a qualche lesione de' visceri addominali, e specialmente ad un perforamento di uno degli organi cavi contenuti nel ventre; finalmente ammetteremo una peritonite *cronica*. In ciascuna di queste quattro specie, la flemmasia può essere *generale*, cioè invadere tutto il peritoneo, o pure essere *parziale*, cioè circoscritta ad un punto più o meno limitato della membrana sierosa.

DELLA PERITONITE ACUTA SEMPLICE O PRIMITIVA

La quotidiana osservazione mostra che la peritonite spontanea o primitiva è una malattia eccessivamente rara: la pratica de' signori Chomel e Louis confermano pienamente questa opinione.

Caratteri anatomici. — Si è detto che quando i malati pervivano ad un'epoca molto vicina allo sviluppo, come dodici o ventiquattr'ore, il peritoneo si trovava solamente iniettato, rosso, secco al tatto e lucido. Però se in questo caso si osserva con molta attenzione, si troverà sempre in alcuni punti uno strato estremamente sottile di una materia albuminosa, semiconcreta, la quale rende aderenti tra esse le circunvoluzioni intestinali. Questa segregazione è il vero carattere anatomico della peritonite; essa è tanto più distinta in quanto che il numero delle circunvoluzioni aderenti tra loro e colle pareti addominali è maggiore, e la morte à avuto luogo ad un'epoca più lontana dallo sviluppo. Se la peritonite à durato due o tre giorni, si trova inoltre un versamento nel peritoneo di 30 a 500 gramme di un liquido sero-purulento misto ad una maggiore o minor quantità di fiocchi bianchi, opachi, o pure gialli e verdastri. In alcuni casi rari, il versamento liquido è formato di puro sangue, il quale si è esalato, dappoichè non trovasi alcuna lesione de' vasi che potesse spiegare la sua presenza. Quando il peritoneo è

(1) Phlegmasies chroniques.

(2) Clinique médicale.

(3) Dictionnaire de médecine, article Peritonite.

(4) Archives, t. 3, p. 497.

infiammato non va soggetto ad alcuna grave alterazione della nutrizione: quindi non si trova mai nè ulcerato nè cangrenato; alcune volte sembra più friabile, e pare si distacchi più facilmente dalla superficie degl'intestini; però non lo si trova mai spessito. Quando è stato isolato completamente dalle concrezioni albuminose che si sono formate alla sua superficie, si osserva che esso non ha perduto affatto la sua trasparenza; in fine distaccandone de' pezzi senza portar via il tessuto cellulare, può essersi convinto che lo iniettamento rarissime volte lo ha penetrato, e che quasi sempre il colore rosso, che sembrava essergli proprio quando si esaminava al suo posto, dipende dalla congestione sanguigna del reticello capillare sottostante. Quando la peritonite lungi dal produrre la morte passa alla guarigione, le concrezioni albuminose subiscono la stessa serie di trasformazioni di quella della pleura nelle infiammazioni di questa membrana.

Sintomi, corso, durata, esiti. — Lo sviluppo della peritonite è spesso marcato da un freddo violento; il dolore del ventre però è quasi sempre il primo ed uno de' principali sintomi della malattia. Questo dolore generalmente circoscritto ad un punto dell'addome, come l'ombelico, l'ipogastrio, gl'ipocondri o i fianchi, è vivo, pungente, lancinante; i movimenti, le scosse della tosse, gli sforzi del vomito, o quelli necessari per evacuare le urine o le fecce, lo esacerbano sempre: avviene lo stesso per la pressione del ventre. Alcuni ammalati non possono sopportare il peso de' cataplasmi, de' fomenti, ed anche quello delle coperture del letto, sino ad essere obbligato di mantenerle lontane mediante alcuni sostegni. Nello stesso tempo la maggior parte sono tormentati da vomiti formati da materie acquose, di mucosità, ed il più delle volte da un liquido bilioso giallo o verdastro. La fisionomia esprime la sofferenza e l'ansietà; il polso sempre frequente, può essere fin dallo sviluppo piccolo e duro; più spesso si presenta ampio e resistente; l'ammalato è agitato, inquieto; si mantiene costantemente immobile sul dorso, qualunque altra posizione aggravando i patemi. La sua respirazione è breve, interrotta, poichè non ardisce dilatare il petto, per i dolori vivi che prova nel ventre quando mette in contrazione il diaframma. Il dolore addominale però tosto si fa più vivo e più esteso: in alcuni casi, il ventre sembra contratto, o pure conserva il suo volume ordinario; quasi sempre però sin dal secondo ed anche sin dal primo giorno della malattia, si osserva una tumefazione prodotta dallo sviluppo de' gas negl'intestini, siccome vien dimostrato dalla percussione, che dà un suono più chiaro dell'ordinario. Questo suono però non tarda a farsi oscuro, specialmente nelle parti declivi, come l'ipogastrio ed i fianchi, dove si accumula un liquido sero-purulento segregato dal peritoneo infiammato: questo liqui-

do esiste qualche volta in grandissima abbondanza da produrre il fenomeno della fluttuazione. Dicesi che a quest'epoca l'ascoltazione del ventre faceva qualche volta sentire un rumore di strofinio analogo a quello che abbiamo trovato nella pleurisia, e che sarebbe prodotto secondo lo stesso meccanismo di quest'ultimo, cioè dallo strofinio reciproco delle superficie ricoverte da false membrane. Questo fenomeno però, abbenchè possibile, è molto raro nelle peritoniti ordinarie.

L'aggravamento dello stato locale coincide sempre con un aumento ne' sintomi generali e simpatici. Quindi la frequenza del polso aumenta ed oltrepassa ordinariamente 120 pulsazioni; queste sono piccole e deboli; la faccia è grinzita; le nausee sono quasi continue, i vomiti più ravvicinati, il mal'essere e l'ansietà estremi; spesso sopravviene il delirio. Se la malattia continua a progredire; il ventre si sviluppa, spesso il dolore diminuisce o cessa completamente, ma la faccia si altera viemaggiormente; gli estremi si raffreddano, il polso si fa filiforme, irregolare e di una frequenza tale che spesso non può essere contato. I liquidi contenuti nello stomaco, lungi dall'essere espulsi colle scosse del vomito, escono senza sforzo e pel semplice rigurgito. In fine la morte à luogo dopo breve agonia; essa è qualche volta preceduta da uno stato di delirio o di coma; la maggior parte degli ammalati però conservano la loro intelligenza sino all'ultimo momento. La forma della peritonite che ora stiamo studiando è raramente mortale prima del quarto o del sesto giorno.

Se la malattia à un esito felice, il polso perde la sua frequenza; i vomiti cessano, il dolore diminuisce coll'alterazione della fisionomia; i liquidi versati nel ventre vengono assorbiti; in alcuni casi rarissimi, si son veduti aprirsi una strada a traverso le pareti addominali o negl'intestini. Finalmente la convalescenza si manifesta; raramente però vien manifestata da qualche movimento critico. Nonostante la guarigione, alcuni ammalati restano per lungo tempo soggetti a dolori o stiramenti nel ventre, i quali aumentano in certe posizioni del tronco, incomodano i movimenti, le digestioni, lo che dipende forse dalle aderenze le quali si sono stabilite tra le anse intestinali. Questi incomodi possono perdurare per tutta la vita; il più delle volte finiscono, sia che i visceri si siano abituati alle stirature esercitate dalle false membrane, sia che queste siano state assorbite, o che addivenute cellulari, ed essendosi allungate, abbiano cessato d'imbrigliare i visceri addominali. Checchè ne sia, si conosce ora che queste aderenze possono addvenir più tardi una causa dell'ileo (vedi questa parola); la Signora Boivin à pure provato che, quando esse esistono tra l'utero e le parti vicine, sono la causa dell'aborto, in ragione degli ostacoli che

apportano al libero sviluppo dell'organo durante la gestione; in fine in questi ultimi anni il Signor Mercier, riproducendo un'idea di Walter, à stabilito che la peritonite poteva addivenire la causa della sterilità quando avea prodotto un'aderenza del padiglione della tromba. In alcuni casi rarissimi la peritonite passa allo stato cronico.

Varietà. — La maggior parte degli autori ànno ammesso una peritonite *biliosa*, *atassica* ed *adinamica*, secondo il predominio de' sintomi gastrici o biliosi, e degli accidenti nervosi detti atassici ed adinamici; però non avvi niente di più speciale nella peritonite che nella maggior parte delle altre flemmasie.

Peritoniti parziali. — Lungi dall'invadere tutto il peritoneo, la infiammazione può occupare soltanto una porzione circoscritta di questa membrana: allora dicesi che la peritonite è *parziale*. Questa si osserva specialmente nel cavo della pelvi ed agl' ipocondri. Essa è caratterizzata, come quella che è generale, da un dolore vivo, da febbre, da nausea e da vomiti; però questi accidenti sono infinitamente meno gravi che ne' casi in cui la flemmasia invade la totalità o la maggior parte della sierosa. Nelle peritoniti locali si osserva soltanto il rumore di strofinio, precedentemente indicato. Questo fenomeno si produce soprattutto ne' casi in cui la infiammazione si è sviluppata al livello di un organo o di un tumore solido, come il fegato, la milza o una cisti della ovaia; poichè si conosce che in ragione della resistenza che queste superficie oppongono, lo strofinio deve essere più energico. In fine, alcuni sintomi particolari possono svilupparsi, secondo la porzione del peritoneo il quale è infiammato. Quindi nella peritonite diaframmatica, o in quella della convessità o della parte concava del fegato, si vede qualche volta manifestarsi una tinta itterica. La peritonite parziale à quasi sempre un esito felice: però noi l'abbiamo veduta molte volte terminare colla morte, qualunque fosse circoscritta al cavo della pelvi. In questa varietà specialmente si osserva il versamento addominale circoscrivarsi e vuotarsi nello intestino o à traverso le pareti addominali, siccome lo à osservato P. Frank.

Diagnosi. — Un dolore vivo del ventre che si aumenta sotto la pressione, de' vomiti, la febbre, il carattere del polso del quale abbiamo parlato, come pure l'alterazione profonda della fisionomia, stabiliscono una differenza essenziale tra la peritonite generale ed il reuma delle pareti addominali, il quale non à altra rassomiglianza colla infiammazione del peritoneo se non quella che gli dà una sensibilità eccessiva del ventre alla più leggiera pressione, come pure i movimenti del troneo. Questi stessi sintomi fanno distinguere la peritonite dalle coliche nervose, poichè in questa il dolore, che la pressione calma il più delle volte, ritorna ad accessi e non è accompagnata da febbre: spesso anche il polso rimane così calmo come nello stato di salute.

La peritonite parziale, secondo il punto dove à sua sede, potrebbe simulare una gastrite, una enterite, una epatite, una cistite, una metrite; in queste ultime malattie però, il dolore è meno vivo e meno superficiale che nella peritonite, e si osservano in oltre de' disturbi funzionali speciali. In fine l'osservazione delle parti procurerà delle utili dilucidazioni: ciò à luogo specialmente per la metrite, nella quale il tatto vaginale e del retto farà riconoscere un aumento di volume nell'organo. Nella cistite, i frequenti desideri di urinare, la disuria ed il tumor vescicale saranno de' fenomeni caratteristici. Se si tratta di una gastrite, la sete, i dolori ed i vomiti sientati eccitati dalla introduzione di una bevanda qualunque, permetteranno di stabilire la diagnosi differenziale. Però in certi casi, questa può presentare qualche difficoltà, specialmente in ragione de' fenomeni simpatici che la peritonite risveglia per parte dello stomaco. Quando la peritonite diaframmatica produce l'itterizia, non bisogna perciò credere alla esistenza di una epatite, se la reazione febbrile sarà forte, il calore molto vivo, e se il tatto dello ipocostro non farà distinguere un aumento nel volume del fegato. La diagnosi della peritonite una volta stabilita, bisogna renderla completa determinando se la malattia è primitiva, o se, come à luogo il più delle volte, essa è consecutiva a qualche lesione recente o antica degli organi addominali. Per risolvere questo problema, si avrà riguardo allo stato antecedente di salute, al modo con cui la peritonite si è sviluppata ed al corso che à tenuto. (Vedi appresso *Peritonite sintomatica*).

Torna inutil cosa il dire che ne' neonati la peritonite si conosce per gli stessi sintomi che nell'adulto. In fatti si è notato in essi la tensione e la sensibilità del ventre; i vomiti verdi, la costipazione. Dugès à indicato in oltre, siccome un segno costante e patognomonico, la protuberanza dell'ombelico; il Signor Thore però à verificato questo fenomeno soltanto in un terzo dei malati.

Pronostico. — La peritonite è sempre malattia grave. Il suo pronostico sarà sottoposto alla gravità de' sintomi generali ed alla estensione della malattia. Quella che è generale è quasi sempre necessariamente mortale.

Etiologia. — La peritonite spontanea primitiva può essere osservata in tutte le età della vita. Numerosi fatti raccolti da Dugès, da Billard e dal Signor Thore in Francia, e quelli del professore Simpson, provano che la peritonite non è rara durante la vita uterina, come pure ne' neonati. L'abile medico di Edimbourg pensa che la peritonite è una delle cause più frequenti della morte del feto negli ultimi mesi della gravidanza: in oltre gli è sembrato che la flemmasia del peritoneo era più comune ne' fanciulli che appartengono a madri sifilitiche. D'al-

tronde, come nello adulto, queste peritoniti sono consecutive a qualche lesione viscerale (del fegato, della vescica e degl' intestini). Niente prova ancora che le peritoniti siano più spesso primitive nel feto o nel fanciullo, che nelle età seguenti; però se nel neonato, la infiammazione peritoneale non è sempre sintomatica della lesione di un viscere addominale, quasi sempre, siccome risulta dalle osservazioni del Signor Thore, si manifesta come affezione secondaria nel corso di diverse malattie, segnatamente nella polmonia, nel muco, e specialmente nelle risipole delle pareti addominali, che il Signor Thore à veduto compiarsi di peritonite ne' due terzi de' casi.

Nulla conosciamo assolutamente di positivo sulle cause predisponenti della peritonite semplice: quasi sempre la malattia si manifesta spontanea e senza il concorso di alcuna causa determinante manifesta. La impressione del freddo, la confusione del ventre, la soppressione di una emorragia, la metastasi reumatica, sono le circostanze le quali il più delle volte agiscono come cause determinanti. Si è detto aver veduto molte volte la peritonite regnare epidemicamente, specialmente nelle armate (Pujol).

Cura. — La peritonite esige l'uso di una cura energica. Quindi quando la forza del polso lo permette, bisogna praticare un largo salasso di 5 a 600 gramme, che si ripeterà una o due altre volte nella prima giornata: nello stesso tempo si coprirà il ventre nelle parti dove à sede il dolore, di un numero considerabile di sanguisughe, 50 a 100, e si favorirà lo scolo del sangue con larghi cataplasmi emollienti e co' fomenti, a meno che i malati non potessero sopportarne il peso. Quando i movimenti non sono troppo dolorosi, i malati s'immergeranno nel bagno tiepido, e vi resteranno per quanto più è possibile. In questa circostanza converrà servirsi di un bagno a doppio fondo, mediante il quale i malati colpiti da peritonite, da reuma o da qualunque altra affezione dolorosissima, sono messi nell'acqua, e ne sono sottratti senza sforzi e senza dolori. Si prescrivono le bevande dolci, mucilagginose, acidole; esse saranno amministrate fredde ed anche ghiacciate; saranno prese in piccola quantità in ciascuna volta per non eccitare i vomiti. Bisogna pure mantenere il ventre lubrico: i clisteri essendo controindicati a causa di movimenti che la loro amministrazione richiede, saranno sostituiti da' dolci lassativi dati per la bocca. Quando con tutti questi mezzi la peritonite continua a progredire, e quando la debolezza del polso non permette altri salassi, bisogna tentare l'uso de' mercuriali ad alta dose: quindi si useranno sul ventre e sulle cosce una o due volte al giorno delle unzioni coll'unguento napoletano, impiegando in ciascuna volta 20 o 30 gramme di pomata. Si potrà pure amministrare il calomelano a dosi ritate, 10 o 15 centigramme in 15 o 20 pillole. Lungi di temere la salivazione, bi-

sogna anzi desiderarla; poichè la maggior parte de' malati che la soffrono guariscono. La comparsa di certi sintomi può anche addivenire la sorgente di speciali indicazioni. Così quando la bocca è amara, quando hanno luogo vomiti biliosi verdastri e sempre con sollievo, non bisognerà tardare a combattere questo stato con 60 centigramme o una gramma d' ipecacuana. Vi sono delle peritoniti le quali sono rimarcabili per lo sviluppo dei sintomi adinamici ed atastici; contro i primi si consigliano i tonici ed i rivellenti; a' secondi si oppongono i rimedi antispasmodici. Disgraziatamente però questo metodo non è quasi mai coronato da successo. Ne' casi estremi dove tutto è stato adoperato, sembra che qualche vantaggio si sia ottenuto dall' applicazione sul ventre di larghi vescicanti. Questo mezzo però sembra utile quando la febbre ed il dolore essendo cessati, resta ancora nell' addome un versamento sero-albuminoso. In simil caso la puntura è stata giudicata poco ragionata: però se la peritonite è circoscritta, vi potrebbe forse essere qualche vantaggio dando uscita al liquido, ed esercitando poscia sulle pareti una dolce compressione, per prevenirne il ritorno.

DELLA PERITONITE PUERPERALE

Sinonomia. — Metro-peritonite puerperale, febbre puerperale, tifo puerperale.

La peritonite è detta puerperale quando ha luogo nelle donne puerpere.

Storia. — I gravi accidenti che uccidono un grandissimo numero di donne dopo il parto hanno fissato di tempo in tempo l'attenzione de' medici: nel corso però dell' ultimo secolo specialmente, furono intraprese, in Inghilterra, in Alemagna, in Francia, delle ricerche, le quali hanno continuato anche a' giorni nostri. Doublet (1) e Doucet (2) furono i medici i cui travagli sono stati i più distinti; i nostri contemporanei però sono quelli i quali ricercando ed indicando tutte le lesioni viscerali che presentano le donne morte per febbre della puerperale, hanno potuto spiegare sino ad un certo punto i sintomi sì variabili che si osservarono in questa malattia. A' travagli specialmente di Dance (3), de' signori Tonnelé (4), Dugès (5), Baudelocque (6),

(1) *Nouvelles recherches sur la fièvre puerpérale*, Paris, 1789, in 12.

(2) *Mémoire sur la maladie qui a attaqué les femmes en couche à l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1782, in 4.

(3) *Archives de 1828 et 1829*.

(4) *Archives de 1830*, t. 12 et 13.

(5) *Journal hebdomadaire*, années 1828 e 1830.

(6) *Traité de la péritonite puerpérale*.

P. Dubois (1), Voillemier (2), sono dovuti i progressi che questa parte della scienza à fatto a' giorni nostri.

Caratteri anatomici. — Nella peritonite puerperale, i caratteri anatomici della infiammazione del peritoneo sono a poco presso quelli stessi che abbiamo studiati nella peritonite semplice: esiste però qualche differenza necessaria a conoscersi. Quindi la roschezza del peritoneo è assai meno viva, qualche volta appena distinta; rarissimamente generale la si osserva soltanto nella cavità della pelvi, verso le fosse iliache e la parete anteriore dell' addome. Il versamento è molto più considerabile; però non oltrepassa quasi mai 1000 gramme; esso è per lo più opaco, torbido fioccoso. Gli autori dell' ultimo secolo (Pujol, Levret, Berdeu, ec.) ingannati da una grossolana rassomiglianza, aveano pensato che questo liquido altra cosa non era se non che il latte deviato ed alterato. Le analisi chimiche però hanno da lungo tempo dimostrato che nessuno degli elementi del latte esisteva in questo liquido, il quale è affatto identico a quello che si forma in tutte le altre flemmasie delle membrane sierose. Nella peritonite puerperale si trovano quasi sempre gl' intestini molto dilatati da gas: questi organi offrono sempre meno lunghezza dello stato normale. È un fatto che molte volte è verificato all' Hôtel-Dieu nel 1835, epoca alla quale era aggiunto alla sala degli sgravi.

Indipendentemente dalle lesioni del peritoneo le quali sono costanti, quantunque esistenti a gradi differenti, ve ne sono delle altre accidentali la cui frequenza varia nelle differenti epidemie. Quindi l' utero è frequentemente esente da qualunque alterazione nella sua membrana d' involucri, nel suo tessuto, nei suoi vasi, o pure tutto si limita a poca iniezione del peritoneo che lo circonda; di più il suo volume può essere un poco più considerabile di quello che dovrebbe avere in ragione del numero de' giorni scorsi dopo il parto. In un gran numero di casi però, e spesso in tutte le donne che periscono nel corso di una stessa epidemia, l' utero si trova più o meno alterato. Quindi qualche volta il suo tessuto è rosso, iniettato, infiltrato di pus, friabile o ammolito: altre volte è la sede di quell' alterazione che descriveremo in seguito sotto il nome di *ammollimento* o di *putrescenza*, o pur anche vi sono degli ascessi ne' ligamenti larghi; finalmente le ovaie sono grosse, ammolite, infiltrate o ripiene di pus. Queste alterazioni però sono rare, se si paragonano a quelle che siamo per indicare, e che in fatti si osservano spessissimo quasi in tutte le donne. Quindi il tes-

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. 26 article *Puerpérale*.

(2) *Journal des connaissances medico-chirurgicales* 1839 et 1840.

suto cellulare sotto-pritoneale (dell' utero è frequentissimamente infiltrato da una piccola quantità di pus bianco o giallastro; più spesso si veggono alla superficie dell'organo molti vasi linfatici, il cui volume varia da quello di un filo sino a quello di una penna di corvo. Questi vasi sono sinuosi, essi offrono di distanza in distanza de' gonfiamenti pisiformi che non bisogna confondere con piccoli ascessi, errore che spesso abbiamo veduto commettere. Essi sono ripieni di pus denso o fluido, bianco o giallo, o pure verdastro; si dirigono quasi sempre verso gli angoli superiori dell' utero alla inserzione delle trombe, dove se ne trova ordinariamente un gran numero: ne esistono pur anche al collo dell' utero, alla faccia interna e nella spessezza dell'organo, ne' ligamenti larghi, lungo i vasi delle ovaie, e nel tessuto cellulare del piccolo bacino, specialmente alla parte laterale ed in dietro, siccome si può esser convinto portando via con attenzione il peritoneo. Spesso allora si osserva anche un leggiero infiltramento purulento del tessuto cellulare del bacino. Questo è quasi sempre disseminato, non si distingue affatto, il più delle volte, se non che per un colorito giallo o verdastro, e per alcun poco di umidità del tessuto. Quando è voluto seguire la direzione di questi vasi linfatici, ne è quasi sempre perduto la traccia al livello del distretto superiore: in alcuni casi rari, li è veduti portarsi ne' gangli che erano gonfi, rossi o completamente colpiti da ascesso: non è però mai trovato il pus ne' vasi esalanti. Altri medici poi sono stati più felici di me: quindi i signori Tonnelé, Nonat, Velpeau, Berrier Fontaine, Botrell de Rennes, hanno seguito il pus sin nel serbatoio di Pecquet, ed alcuni anche in tutta la lunghezza del canale toracico.

In questi ultimi tempi molto si è discusso per conoscere quale fosse la origine del pus che osservasi ne' vasi linfatici. Gli uni, con i signori Tonnelé e Nonat, han creduto che questo liquido era fornito da' vasi linfatici colpiti da infiammazione: l'esame però cadaverico non giustifica affatto questa opinione, poichè quasi mai i linfatici si trovano infiammati: se questi sono aumentati di volume, le loro pareti almeno sono quasi sempre pieghevoli, bianche, trasparenti. Si ammetterebbe forse col signor Cruveilhier che se i linfatici non sono infiammati ne' punti in contatto col pus, lo sono nelle loro radici? Questa opinione non sarebbe suscettibile di dimostrazione. Per noi, siam di avviso che nella quasi totalità de' casi la presenza del pus ne' vasi è il semplice effetto di assorbimento esercitato sullo stesso liquido sparso nel peritoneo, nel tessuto cellulare, e qualche volta nell' utero ed i suoi annessi. Le ragioni che militano in favore di questa opinione sono: 1.º l'identità del pus contenuto ne' linfatici e quello sparso nel peritoneo o altrove; 2.º l'integrità

quasi costante de' linfatici; 3.° finalmente questi si osservano specialmente alla superficie e su i bordi dell' utero, ne' ligamenti larghi ed al collo, cioè precisamente nelle parti che sono il più direttamente ed il più costantemente in rapporto col pus sparso nel bacino. In riassunto però crediamo col signor Dupley, il quale à perfettamente studiato questa quistione, che non deve ammettersi alcuna opinione esclusiva sulla origine del pus che esiste ne' linfatici.

Nelle donne morte per peritonite puerperale, si trova ancora qualche volta una flebite più o meno estesa nelle vene uterine, la quale può guadagnare le vene delle ovaie e quelle del cavo della pelvi. Solamente in questi casi si possono scontrare degli ascessi disseminati ne' polmoni, nel fegato nella milza, ne' reni e ne' muscoli, come pure delle raccolte purulenti nelle articolazioni. Queste lesioni non esistono forse mai quando il peritoneo ed i linfatici sono i soli affetti, ma nella metà dei casi e più ò trovato una pleurisia semplice o doppia. Le lesioni che possono essere osservate negli altri visceri sono puramente accidentali e non debbono essere enumerate in questo luogo.

Sintomi. — La peritonite può manifestarsi anche durante il travaglio del parto; però questo caso è rarissimo; ciò avviene nella maggior parte delle donne che ne sono colpite tra il secondo ed il quinto giorno degli sgravi. Quasi sempre il suo sviluppo è indicato da un freddo più o meno intenso, preceduto, accompagnato o seguito da un dolore addominale più o meno vivo, esacerbante, che si aumenta sotto la tosse e sotto la pressione.

Comincia quasi sempre dalla regione ipogastrica o da una delle fosse iliache, non tarda ad avvicinarsi all' ombelico, e finalmente addivene generale. Nello stesso tempo si osserva un gonfiamento più o meno considerabile del ventre. La maggior parte delle donne provano sin dallo sviluppo nausea, qualche volta singhiozzi, quasi sempre vomiti biliosi gialli o verdastri; evvi costipazione, il più delle volte diarrea giallastra e senza coliche, specialmente a contare dal secondo giorno. La sete è viva, la lingua è umida e ricoperta da un intonaco bianco, raramente giallastro, il quale spesso si disicca e si fa bruno nei giorni seguenti. La respirazione è accelerata, a causa della poca estensione della inspirazione; il calore della pelle è elevato; il polso, qualche volta ampio, duro, il più delle volte è piccolo e concentrato; la faccia dapprima animata, voluttuosa, non tarda ad agrinzarsi, ed esprime la sofferenza; in fine alcune volte la lochiazione si sopprime, o almeno diminuisce nella quantità, spessissimo non offre alcun cambiamento. La segregazione lattea non si determina quando la peritonite sviluppa prima della febbre lattea. Se al contrario, essa è posteriore, la segregazione è meno attiva, e quasi sempre il seno si abbassa

prontamente. Se la malattia continua a fare novelli progressi, il dolore addiviene generale, si propaga sino a' lombi; il ventre si gonfia anche più; presenta da pertutto un suono timpanitico, eccettuato verso i fianchi, dove un versamento sero-fiocoso si accumula. Questo distendimento degl'intestini per effetto de' gas produce molta ansietà ed un grande incomodo nella respirazione; nello stesso tempo i vomiti si ravvicinano; le ammalate rigettano una bile verdastra, porracea, densa, la quale negli ultimi tempi vien fuori senza sforzo e con un semplice movimento di rigurgito. Nello intervallo, molte tra esse sono tormentate dal singhiozzo; il polso, sempre più piccolo e depresso, batte raramente meno di 130 a 140 volte al minuto; la pelle è inondata di un sudore vischioso; la faccia è pallida, terrea; la fisionomia è tirata, gli occhi sono incavati e circondati di nero; le labbra violacee e tremole. La maggior parte delle ammalate sono immobili sul dorso, ed in uno stato di oppressione e di prostrazione: altre sono agitate da uno delirio il quale raramente è furioso: gli occhi sono feroci, le membra agitate da tremore; finalmente la morte à luogo in uno stato comatoso. Molte ammalate però conservano tutte le loro facoltà intellettuali sino all'ultimo momento, ed in quasi tutte il dolore addominale diminuisce o cessa completamente uno o molti giorni prima del termine fatale.

Corso, durata, esiti. — La malattia siegue un andamento più o meno rapido. In alcune epidemie, è veramente *fulminante*; poichè abbiám veduto la morte aver luogo alla fine di dieci ore; ma in questo caso vi è stato per qualche tempo uno stato di mal'essere senza dolore nel ventre che abbia fissato l'attenzione: poi tutto ad un tratto i sintomi prendono un'acuzie estrema, e le ammalate periscono in poche ore. Ciò sembra provare che nella maggior parte de' casi à dovuto aver luogo antecedentemente agli accidenti perperacuti un periodo durante il quale la malattia era *latente*, si è l'estensione ed il numero delle alterazioni cadaveriche che allora si osservano, e che appena si spiegherebbero, se non si potesse fissare questo sviluppo ad un'epoca un poco più lontana. Quasi sempre però la peritonite puerperale non si termina in modo funesto se non che tra il sesto ed il nono giorno. Quando l'esito deve essere favorevole, la miglìoria comincia in generale prima di quest'epoca colla diminuzione del dolore, e specialmente della frequenza del polso e del meteorismo. Questa miglìoria non è osservata se non quando la peritonite è stata parziale, ed in questi casi è quasi sempre limitata all'ipogastrio. Dal momento in cui la flemmasia è generale, i suoi sintomi sono sempre crescenti, ed il suo esito è quasi necessariamente funesto.

Forme. — Certi sintomi, certi stati predominando nel corso della peritonite puerperale possono imprimere alla malattia una fisionomia o una forma speciale. Quindi spesso la febbre puerperale si accompagna sin dallo sviluppo a sintomi generali che caratterizzano le malattie più infiammatorie, cioè che tosto dopo il freddo d' invasione e nello stesso tempo che un dolore più o meno vivo si fa sentire nell' addome, il polso si accelera ed acquista della forza e la vibrazione, la pelle addivene scottante e si copre di sudore, la faccia è iniettata, gli occhi, lacrimanti e le forze appena prostrate. Questa forma della peritonite che chiamasi *infiammatoria* può persistere sino alla fine, sia che la malattia ceda al metodo antilogistico, sia al contrario che termina in modo funesto. In quest' ultimo caso la malattia si trasforma il più delle volte e presenta i disturbi variati che abbiamo mille volte descritti siccome appartenenti alla febbre tifoidea. La febbre puerperale può anche mostrarsi sotto la forma tifoidea in modo affatto primitivo. La fisionomia degli ammalati, profondamente alterata, porta allora l' impronto della stupidità; le forze sono annientate, spesso avvi delirio; il polso di un' estrema frequenza è piccolo e depresso, la respirazione è accelerata, l' ansietà è grande, il meteorismo è considerabile; spesso una diarrea fetida si manifesta e contribuisce a prostrare le forze e ad accelerare il termine fatale. Ammetteremo infine nello studio della febbre puerperale una forma *biliosa o gastrica* nella quale esistono come sintomi predominanti i disturbi caratteristici dello stato bilioso, cioè il colorito giallo della faccia, la bocca amara, la patina giallastra della lingua, le nausea, i vomiti biliosi accompagnati da sollievo. Questa forma che regnava a l' Hôtel-Dieu di Parigi nel 1782, e che convenevolmente trattata da Douleat, fu per questo medico l' occasione di una grande fortuna, è però raramente osservata a' giorni nostri. D' altronde questa forma biliosa altro non è il più delle volte se non che il primo grado del secondo periodo della forma tifoidea.

Queste differenti forme della peritonite puerperale non si ligano ad alcun carattere anatomico speciale; ora si osservano sporadicamente, ora regnano epidemicamente senza che si possa il più delle volte spiegare dalle condizioni individuali o da quelle del mondo esterno la fisionomia che la malattia presenta.

Complicanze. — La frequenza de' differenti sintomi che abbiamo enumerati, la loro combinazione, il loro ordine di successione, il loro andamento e la loro durata, variano all' infinito, secondo il genio delle differenti epidemie. Sono pur anche subordinati al numero ed alla natura delle alterazioni: quindi quando avvi peritonite o metro-peritonite con o senza linfangite, si osserva tutta la serie de' sintomi precedentemente indi-

cati. Nel caso però ove il tessuto uterino partecipa della flemmasia, finisce di contrarsi su di se stesso; è floscio, molle, il collo è gonfio, sensibile: la lochiazione è fetida. Se le vene sono invase, e se in queste la malattia predomina, si osservano tutti gli accidenti della flebite uterina, tali quali li abbiamo descritti antecedentemente alla sintomatologia della flebite. Abbiamo provato quanto frequentemente la pleurisia semplice o doppia complicava la peritonite puerperale. Questa complicanza non è affatto annunciata se non che dalla dispnea più grande e da un dolore sotto-sternale; raramente si osserva una punta del lato. La percussione o l'ascoltazione danno gli stessi risultati che nelle pleurisie ordinarie; la sofferenza però delle ammalate e la difficoltà che si ha di sederle sul letto impediscono quasi sempre di ricorrere a questi mezzi di esplorazione. Ecco perchè questa complicanza è quasi sempre sconosciuta durante la vita.

Diagnosi. — Quando tutti i sintomi propri alla peritonite (dolore meteorismo, vomiti, frequenza del polso, alterazione della fisionomia) esistono, la diagnosi è facile; spesso però la malattia comincia in un modo insidioso, e bisogna allora colpire la natura sin dallo sviluppo. Quantunque la febbre del latte si manifesti spesso con un freddo, bisognerà temere se il freddo sarà intenso dopo il parto, anche quando si dichiara all'epoca in cui comunemente a luogo la febbre del latte. Quello che si mostra nelle prime ventiquattr'ore del parto, o dopo la cessazione della febbre del latte, annunzia quasi sempre lo sviluppo di una peritonite. Bisognerà temere ancora del meteorismo, anche quando non si accompagna ad alcun dolore ventrale, anche sotto la pressione. La frequenza del polso è il sintomo il quale deve in questo caso mettere il sugello a tutti gli altri sintomi e determinarne il valore: quindi i dolori del ventre esistendo con un polso calmo non si ligano mai ad una flemmasia peritoneale; allora essi sono il più delle volte prodotti ora da grumi trattenuti nell'utero, ora da costipazione. Mille volte mi è stato dato vedere che questa è occasionato istantaneamente de' dolori atroci nel ventre verso l'ottavo o il nono giorno del parto. Non ritornerò in questo luogo sulla diagnosi differenziale della peritonite colla metrite, l'ovarite, la cistite e la gastrite: più tardi dirò in che consiste la differenza del reumatismo delle pareti addominali. Nella donna partorita si potrebbe anche confondere la peritonite colla infiammazione delle sinfisi: però in quest'ultima i dolori sono fissi; essi hanno sede al livello delle articolazioni affette, e si esacerbano molto co' movimenti delle membra inferiori.

Pronostico. — La peritonite puerperale è una delle malattie le più gravi, e non se ne può sperare la guarigione se

non quando rimane circoscritta. Essa è specialmente micidiale quando regna epidemicamente, specialmente negli ospedali, dove qualche volta si salva appena una donna su venti. La forma tifoidea, specialmente quando si sviluppa primitivamente, perdona raramente. Il pericolo è tanto più grande in quanto che la peritonite si manifesta ad un'epoca più vicina del parto. Il meteorismo, l'alterazione della fisionomia, la dispnea, sono sintomi pericolosi. Il medico dovrà specialmente stabilire il suo pronostico dietro la considerazione del polso: quindi, quando anche tutti i sintomi si ammansissero, se il polso conserva la stessa frequenza, bisogna temere ancora che la malattia non abbia un esito funesto. Un polso piccolo e debole, il quale batte più di 120 volte nel minuto, la faccia aggrinzita, i vomiti porracei, i sudori freddi, un meteorismo considerabile, sono i segni più pericolosi.

Etiologia. — Ignoriamo ancora quale sia la frequenza della malattia nelle regioni intertropicali: tutte le statistiche però sono concordi a provare che la febbre puerperale regna a poco presso con eguale intensione nelle differenti contrade dell'Europa. Alcune idee contraddittorie sono state emesse sulla influenza che esercitano le stagioni. Quindi mentre Doublet, Ténon, Chaussier, Dugès, Beaudeloque, ammettono che la malattia è più comune nelle stagioni fredde ed umide, si vede che Nolte, White, Thomas Cooper, sostengono il contrario che le regioni e le stagioni calde sono più favorevoli allo sviluppo della malattia. La prima di queste opinioni sembra essere però più probabile. E però certo che la peritonite puerperale colpisce specialmente le donne che partoriscono negli ospedali; la malattia vi si sviluppa spesso in modo epidemico. Numerose osservazioni praticate in tutti i paesi hanno dimostrato che lo ingombramento delle sale, che la mancanza della rinnovazione dell'aria, che la vicinanza di focolari d'infezione, erano le cause più ordinarie di queste micidiali epidemie che regnano quasi sempre nella maggior parte delle cliniche ostetriche di Europa. In nessuna parte però si sono vedute le epidemie più numerose e più micidiali quanto all'Hôtel-Dieu di Parigi, un mezzo secolo addietro, dove, siccome si potrà esser convinto dal celebre rapporto di Ténon, esistevano al massimo grado le cause d'insalubrità precedentemente enumerate. Avvi però un gran numero di epidemie che si videro nascere negli stabilimenti pubblici consacrati alle donne partorienti, ad epoche in cui qualunque regola igienica è severamente osservata; bisogna allora ricorrere ad una costituzione epidemica particolare la cui causa intima ci sfugge, ma che in questo caso estende la sua influenza sulle donne partorite in città, che colpisce però meno vivamente ed in minor numero di quelle che hanno cercato un rifugio negli sta-

bilimenti ospitalieri. Per alcune persone la influenza epidemica non basterebbe per spiegare lo sviluppo della peritonite in un gran numero di donne: quindi si è supposto, ad epoche differenti, un carattere contagioso della malattia; però questa opinione, la quale è trovata de' difensori in Inghilterra, e che Clarke ha sostenuto colla sua autorità, non è affatto dimostrata.

Indipendentemente dalle cause generali che abbiamo enumerate, avvi ancora alcune circostanze particolari le quali espongono di più le donne a contrarre la peritonite. Quindi è che la malattia colpisce specialmente le donne le quali durante la loro gravidanza hanno sofferto violenti dispiaceri, quelle che sono state esposte a' tormenti della fame ed a tutte le privazioni che produce la miseria. È dimostrato che la peritonite colpisce più le donne primipare, quelle che hanno avuto un parto laborioso, specialmente quando si è dovuto ricorrere alla introduzione della mano o del forcipe. La placenta trattenuta nell'utero e la necessità di estrarla artificialmente sono anche cause atrocissime di peritonite. Diremo altrettanto delle emorragie uterine, le quali agiscono forse meno per lo indebolimento che producono anziché per le manovre ed i rimedi che si usano per frenarle. Nella maggior parte de' casi però, la peritonite si sviluppa spontaneamente, altre volte la malattia ha luogo manifestamente dietro una indigestione, l'impressione del freddo e specialmente una scossa morale. In quanto alla soppressione dei lochi e del latte, la quale per lungo tempo è stata considerata come la causa principale dello svolgimento della peritonite, diremo che queste cause sono puramente ipotetiche, poichè la osservazione giornaliera dimostra che la diminuzione o la soppressione della secrezione de' lochi o del latte è piuttosto lo effetto anziché la causa delle infiammazioni del peritoneo. D'altronde niente dimostra che la malattia sia meno frequente nelle donne che allattano.

Cura. — 1.^o *Profilassi.* Per prevenire la peritonite puerperale, bisogna che le donne stiano in mezzo alle condizioni igieniche le più favorevoli: esse vivranno in una temperatura dolce, uniforme, nel riposo assoluto del corpo e dello spirito: il ventre sarà mantenuto lubrico con i clisteri o con alcuni dolci lassativi; si preverrà la ritenzione della urina nella vescica: si favorirà colla posizione, e nel bisogno con alcune iniezioni vaginali, lo scolo de' lochi, specialmente se sono fetidi. In fine, siasi per il parto, siasi per estrarre, siasi per i casi di emorragia, non bisognerà ricorrere alle manovre se non quando la necessità assoluta ne farà un dovere.

2.^o *Metodo curativo.* — La più grande discrepanza regna tra i medici sulla cura più convenevole da praticarsi nelle peritoniti puerperali. La esperienza però ha provato che per questa

malattia non poteva esservi alcun metodo uniforme, e che la scelta de' rimedi doveva essere determinata, non solo dalla forma della malattia, ma forse ancor più dal genere e dal carattere della epidemia. I salassi sono quasi sempre utili, specialmente allo sviluppo; il loro uso però richiede le più grandi precauzioni, e non bisogna procedervi che colla più grande riserva, anche ne' casi in cui la malattia si annunzia con i caratteri puramente infiammatori; poichè spesso con un sol salasso anche moderato si è veduta la prostrazione succedere allo esaltamento delle forze. Bisognerà dunque praticare soltanto piccoli salassi, cioè di 200 a 300 gramme, salvo a ripeterli se saranno convenevolmente tollerati. Quando lo stato del polso e delle forze lo permette si potranno contemporaneamente usare i salassi generali e locali coll' applicazione sul ventre di una sufficiente quantità di sanguisughe (20 o 30); il salasso locale sarebbe indicato se, sin dallo sviluppo, la malattia si accompagnava agli accidenti tifoidei. Nello stesso tempo il ventre sarà coperto di fomenti e di cataplasmi emollienti; bisognerà però astenersi dal dare il bagno, per la ragione del raffreddamento al quale esso espone. Diremo altrettanto delle iniezioni nella vagina, nelle quali non abbiamo mai trovato alcuna utilità. Se finalmente avvi costipazione, si combatterà con i blandi purganti.

Nella maggior parte de' casi però gli antiflogistici sono insufficienti per arrestare il corso della malattia; dall'altra parte, siccome vi sono delle epidemie nelle quali questi mezzi sono costantemente nocivi, gli autori hanno proposto e spesso hanno lodato a cielo, diverse medicature le quali, disgraziatamente, posseggono sin ora de' successi semplicemente efimeri: tali sono la ipecacuana, proposta da Deulcol nel 1782 a dose da far vomitare: l'olio di terebentina amministrato da Brunan alla dose di 4 a 8 gramme nel corso del giorno; finalmente le preparazioni mercuriali le quali, impiegate nel 1764 da R. Hamilton, furono rese popolari in Francia da Chaussier e dal Signor Velpéau. Quest'ultimo mezzo è quello che merita qualche fiducia. Esso s'impiega nello stesso modo come abbiamo detto parlando della cura della peritonite acuta semplice, avendo però cura di raddoppiarne ed anche triplicarne le dosi. Nelle febbri puerperali gravi, si avrà gran vantaggio da' mercuriali prescritti sin dallo sviluppo in concorrenza con i salassi.

Il predominio di alcuni sintomi à fatto lodare ancora alcune medicature: quindi i tonici e specialmente la china sono stati vantati nella forma adinamica; i vescicanti, la canfora e gli altri antispasmodici sono stati consigliati contro gli accidenti nervosi atassici. Questi mezzi però, quantunque razionali, non sono quasi mai coronati da successo. Vi sono infine delle complicanze e de' sintomi incomodi, a' quali si opporrà un metodo

speciale: quindi la diarrea è combattuta da' mucilagginosi e dall'oppio; i vomiti colle acque gassose, col ghiaccio; se resistono, si darà una mezza gramma o 1 gramma d'ipecauana. Finalmente quando esiste un meteorismo considerabile il quale reca incomodo alla respirazione, si faranno sul ventre delle frizioni con olio di camomilla canforato. Passerò sotto silenzio i mezzi che hanno consigliati per richiamare i lochi soppressi e per eccitare la segrezione del latte, poichè queste precauzioni sono affatto illusorie.

Natura. — Torna inutile insistere per provare la natura infiammatoria delle alterazioni cadaveriche; nessuno lo contrasta più a giorni nostri; alcuni medici però, ritornando alle idee antiche, sono portati a considerare queste lesioni molto meno come il punto di partenza o il carattere essenziale della malattia anzichè come la conseguenza di uno stato generale, di una specie d'infezione del sangue: lesione incapace di essere conosciuta, la quale sola costituirebbe secondo essi l'essenza della malattia. Quindi secondo il Signor Voillemier, la febbre puerperale sarebbe costituita non specialmente da una peritonite, da una metrite, da una flebite, ec., ma da uno stato piogenico della economia, cioè da una tendenza dell'organismo a produrre il pus in qualche parte, nel peritoneo il più delle volte, ne' vasi, nel tessuto cellulare o ne' muscoli, non perchè però questo pus esistesse costantemente, poichè il Signor Voillemier ammette al contrario che qualche volta la malattia à un andamento sì rapido che non lascia alle alterazioni locali il tempo di svilupparsi. Questo distinto chirurgo à sviluppato questa teoria con un raro talento. Questa idea di voler fare della peritonite puerperale una febbre speciale siccome lo sono i tifi, à pure trovato nel Signor professor Paolo Dubois, un abile ed eloquente interprete (1). Comunque grande e rispettabile possa essere per me una tale autorità, i fatti che ò osservati in gran numero sono talmente opposti a queste dottrine, che non saprei considerarle come l'espressione rigorosa della verità. Per difendere l'esistenza d'una febbre puerperale o piogenica sono stati invocati alcuni fatti ne' quali si son veduti ammalati perire con tutti i sintomi della febbre puerperale, senza che l'autopsia presentasse alcuna alterazione ne' solidi. Ma queste osservazioni (che suppongo aver ben raccolte) sono talmente rare che non saprebbero servire per poter stabilire una teoria della malattia che sarebbe in contradizione formale colla quasi universalità de' fatti.

(1) Voir dans le XXVI du *Dictionnaire de médecine*, p. 386 l'article remarquable dans lequel M. Dubois défend l'idée d'une fièvre puerperale.

Nello stato attuale delle cose, bisogna considerare le donne sgravate pel solo fatto dello stato puerperale, siccome eminentemente predisposte a contrarre certe flemmasie (*peritonite*, *metrite*, *flebite*, ec.), malattie le quali sieguono un corso più rapido, precisamente in ragione di questa stessa condizione eziologica. Aggiungiamo in oltre che le affezioni puerperali, regnando spesso epidemicamente, provano in virtù di questa circostanza delle modifiche sul loro andamento e nella loro fisionomia, senza implicare non pertanto un cambiamento di natura. Concludiamo dunque: 1° che la febbre puerperale non esiste affatto; 2° che i sintomi che si sono creduti appartenere a questa malattia dipendono sempre da una flebite uterina, da uno stato di putrescenza o di cangrena dell' utero, e prima di tutto da una peritonite o da una metro-peritonite; 3° che la gravità de' sintomi, il loro rapido andamento, e la disproporzione che esiste qualche volta tra essi e le lesioni cadaveriche, si spiegano per la costituzione epidemica e per lo stato puerperale, che per se solo è una disposizione alle malattie precedenti, e costituisce di più una circostanza aggravante.

DELLA PERITONITE ACUTA CONSECUTIVA O SINTOMATICA

Cause delle peritoniti consecutive. — Abbiamo detto precedentemente quanto erano rare le peritoniti spontanee primitive, se si eccettuano quelle che si sviluppano durante lo stato puerperale. In fatti, quasi tutte le peritoniti che si manifestano in modo spontaneo in apparenza, e che uccidono le ammalate, hanno il loro punto di partenza in qualche lesione de' visceri o delle pareti addominali. Quindi il peritoneo s' infiamma alcune volte ad un periodo avanzato de' cancri dell' utero, dello stomaco, degl' intestini e del fegato, lo che dipende spessissimo dal perchè una piccola quantità d' icore o di pus cancerigno è stato messo in contatto colla membrana sierosa. Gli aneurismi voluminosi dell' aorta e delle arterie iliache hanno ancora determinato qualche volta delle peritoniti, ora in conseguenza dello eccitamento permanente che questi tumori intrattengono nel peritoneo, più raramente in seguito del versamento di una certa quantità di sangue consecutiva al rovesciamento o ad un piccolo perforamento delle pareti. La peritonite può essere prodotta dalla cangrena degl' intestini, prima che i liquidi ed i gas avessero potuto spandersi nel ventre, per la separazione dell' escara; ciò si osserva frequentemente dopo l' operazione dell' ernia, e ciò si osserva egualmente negli strangolamenti interni. Quasi tutte le peritoniti sintomatiche però sono consecutive alla rottura di un

ascesso o di una cisti, o al perforamento di uno degli organi cavi rinchiusi nella cavità addominale. Tra tutte le alterazioni che sono le cause di peritonite, la più comune è senza dubbio il perforamento intestinale il quale à luogo nel corso dell' affezione tifoidea, al centro di una ulcerazione. In fine, non bisogna ignorare che il perforamento può aver sede sopra un punto dell' appendice vermiforme del cieco, e può essere prodotta, come pel resto dell' intestino, da una ulcerazione tifoidea o tubercolosa; il più delle volte però essa è il risultato di una infiammazione semplice o cangrenosa, e di una lacerazione operata da un corpo estraneo, come una lisca, una scheggia, un calcolo ec.

Anatomia patologica. — Le peritoniti che sono consecutive alle cause che abbiamo enumerate hanno gli stessi caratteri anatomici delle peritoniti semplici. Esse sono quasi tutte generali; ma comunemente si trova che la rossezza è tanto più viva, e le false membrane sono più abbondanti, in quanto si ravvicina di vantaggio al perforamento, o alla causa irritante, qualunque essa sia. Si rinvencono sparsi nel peritoneo in maggiore o minor quantità i liquidi contenuti nell' organo perforato. Aggiungiamo che quando il perforamento à avuto luogo nello stomaco o negl' intestini, vi si trovano pure de' gas i quali si sviluppano con rumore allo istante in cui lo scalpello penetra nel peritoneo. Tutti questi liquidi estranei, particolarmente i fluidi intestinali, esistono spesso solamente in una proporzione talmente minima, che essi non fanno se non che colorare a giallo o a bruno le false membrane; ciò basta però per indicare il punto di partenza degli accidenti. Checchè ne sia, quando anche il liquido non sia affatto differente, pel suo aspetto, da quello che osservasi nelle peritoniti semplici, si dovrà nulla di meno, avendo riguardo alla rarità di queste ultime, esaminare sempre colla più grande premura le pareti addominali e tutti gli organi contenuti in questa cavità, senza dimenticare giammai l' appendice vermiforme del cieco, il quale non solo può essere perforato o cangrenato, ma che spesso è stato soltanto infiammato, poi à contratto delle aderenze, e quindi à dato luogo ad un piccolo ascesso, il quale facendosi strada nel peritoneo à stabilito una peritonite perperacuta. Non solo fa d' uopo toccare e vedere ciascun' ansa intestinale in particolare, ma bisognerà ancora, nel caso in cui non si trova a primo aspetto la lesione, insufflare l' intestino messo sott' acqua; senza questa precauzione, delle piccolissime perforazioni, per esempio, simili alla punta di una finissima spilla, potrebbero passare inosservate. La vescichetta biliare dovrà pure essere osservata con grande attenzione, la quale può produrre, perforandosi, non solo una peritonite, ma pur anche permettere alla bile di trasudare nel peritoneo, per effetto che le sue pareti hanno sofferto una specie di

consumo. Quindi è che ò veduto due donne morte nel corso di una febbre tifoidea, per effetto di una peritonite perperacuta la quale altra causa non riconosceva se non che l'alterazione della vescichetta del fiele, le cui pareti tenui e porose come la tela di ragno aveano permesso che la bile fluisse nel peritoneo.

Sintomi. — Quando le cause le quali producono le peritoniti consecutive agiscono altrimenti anzichè per la introduzione di una sostanza irritante nella cavità sierosa, la infiammazione non differisce affatto pel suo modo d' invasione e pel suo andamento da quella che à luogo spontaneamente. Non è però così quando la malattia si manifesta in seguito di un perforamento di una cavità naturale o accidentale: in questo caso, il momento in cui il perforamento à luogo, o piuttosto lo istante in cui i fluidi si trovano in contatto col peritoneo, è indicato da gravi accidenti, che presentano qualche cosa di caratteristico. Quindi quasi tutte le ammalate risentono ad un tratto nel ventre, ed ordinariamente nel punto in cui il perforamento si determina, un dolore lacerante, che si propaga in tutto l' addome, si aumenta colla pressione, e si accompagna quasi allo stesso momento da freddi violenti, dalla decomposizione della fisionomia, da nausea, vomiti, acceleramento e piccolezza del polso, in fine dalla soppressione delle evacuazioni ventrali se la peritonite è consecutiva ad un perforamento intestinale. In alcuni casi, il dolore, abbenchè vivissimo, si calma prontamente; il ventre tumefatto, è appena sensibile quando si preme; alcuni ammalati finiscono di lamentarsi, e sperano una pronta guarigione. Il medico però non saprebbe prendere parte a questa illusione, quando vede persistere ed aumentare le nausea, i vomiti, l'alterazione della fisionomia, la frequenza, la piccolezza del polso ed il raffreddamento del corpo. In fatti, in mezzo a questi accidenti, ed in generale dopo due o tre giorni di sofferenze, spesso dopo diciotto o venti ore soltanto, quasi tutti questi ammalati periscono. Però la morte non è un esito inevitabile; poichè può succedere che la porzione del peritoneo nella quale il liquido irritante si spande venga rapidamente impedito dal rimanente della sierosa per la pronta organizzazione delle false membrane. In questi casi, la peritonite è affatto locale; essa può allora guarire, sia che lo spandimento si assorbe, sia che si forma una strada a traverso le pareti addominali o a traverso l'intestino, in modo che il perforamento di quest' organo, il quale era stato la causa della malattia, può essere il mezzo della guarigione. Un simile risultato però è rarissimo; poichè da una parte, la peritonite per perforamento non è quasi mai locale; da un' altra parte, i movimenti continui del tronco e de' visceri e l' uscita di novelle parti di fluidi distruggono incessantemente le aderenze che tenderebbero a formarsi.

Diagnosi. — Un dolore vivo nel ventre che si sviluppa bruscamente, aumentandosi sotto la pressione, ed accompagnandosi da altri accidenti di peritoniti perperacute, indica una infiammazione del peritoneo prodotta dal perchè un fluido irritante è penetrato in questa membrana. In alcuni casi però la peritonite per perforamento può essere latente, cioè che il dolore manca assolutamente, ed allora si osserva soltanto una decomposizione profonda della fisionomia, alcuni vomiti, con una frequenza ed una piccolezza estrema del polso. Ciò à luogo soltanto quando il perforamento si opera negl' individui estremamente indeboliti da una lunga malattia la quale à già reso ottusa la sensibilità. Abbiamo anche veduto mancare questo dolore quando, il perforamento manifestandosi nel corso di una peritonite cronica, le materie irritanti si spandevano in un peritoneo già ricoperto da false membrane e spessite.

La peritonite per perforamento una volta diagnosticata, si cercherà il punto di partenza della malattia; per determinarlo, si avrà riguardo agli antecedenti ed alle circostanze in mezzo alle quali l' individuo si rattrova. Quindi i segni di perforamento si manifestano essi in un individuo colpito da dotienenterite o da eticia, si dovrà sospettare un perforamento intestinale. Se poi i malati soffrivano in qualche punto del ventre un tumor fluttuante il quale si è abbassato o è diminuito di volume al momento della manifestazione degli accidenti di peritonite, questa verrà considerata siccome la conseguenza della rottura del tumore di cui è parola.

Pronostico. — Poche malattie sono tanto gravi quanto la peritonite per perforamento. Il pericolo è d' altronde più pronunziato in quanto che il fluido è di natura più irritante e che esso si è sparso nel ventre in maggior quantità.

Cura. — Qualunque metodo che abbiamo consigliato nelle due prime specie di peritoniti sarebbe inutile o irragionato in questo caso. Dunque bisogna impedire l'esito di una novella quantità di pus, e favorire la formazione di aderenze protettrici. Quindi qualunque possa essere l' organo perforato, il malato sarà condannato al più assoluto riposo, alla più completa immobilità; si eviterà qualunque pressione sul ventre. Se il perforamento à luogo sugli organi digestivi, siccome il più delle volte accade, i malati saranno privi di bere, e la loro sete verrà estinta mediante qualche pezzettino di neve, o co' gargarismi di acqua fresca, o pure facendo succhiare alcun pezzettino di arancio. Se fosse la vescica perforata la quale dasse luogo agli accidenti, si applicherebbe la sonda in permanenza, lasciandola sempre aperta per impedire qualunque accumolo di urina in quest' organo. In tutti questi casi, e specialmente quando esiste un perforamento intestinale, bisogna, seguendo il consiglio

di due distinti medici, i signori Graves e Stokes, amministrare di seguito l'oppio ad alla dose, siccome lo abbiamo precedentemente raccomandato (vedi la cura di alcuni accidenti e delle complicitanze della febbre tifoidea). Questi mezzi non dovranno far trascurare gli antiflogistici, se lo stato del polso lo indica, però bisogna impiegarli con prudenza; d'altronde è cosa rara vedere sollevare i malati non questi mezzi, e credo che non ne abbiano mai guarito alcuno. Lo stesso si dica de' mercuriali.

DELLA PERITONITE CRONICA

La peritonite cronica si presenta spesso nella pratica. Questa forma di malattia è raramente consecutiva alla peritonite acuta, ma quasi sempre si manifesta primitivamente. Essa può essere parziale o generale, raramente semplice, ma quasi sempre complicata alla presenza de' tubercoli o de' tumori cancerigni del ventre.

Caratteri anatomici. — In quelli morti per effetto della peritonite cronica, è trovato un versamento ascitico in un decimo de' casi appena. Qualche volta è bianco, opaco, affatto purulento; più frequentemente è solo sero-fiocchioso; ordinariamente non esiste affatto o poco versamento liquido. La parete addominale anteriore, abbassata, deforme, è intimamente aderente all'epiploon ed agl'intestini gracili. Spesso all'apertura non si osserva alcuno de' visceri contenuti in questa cavità, neppure il tubo intestinale, a causa delle false membrane che lo ricoprono. Queste sono spessite, grigiastre o nerastre, consistenti, o pure molli, friabili, e di un aspetto amorfo. Incidendole o separandole, al disotto di esse si trova il tubo intestinale, specialmente l'intestino gracile, contratto avanti alla colonna vertebrale ed incollati tra loro. Spesso è talmente aderente da tornare impossibile di poterlo isolare: quando ciò può ottenersi, si conosce che l'organo è molto meno lungo, il suo diametro è meno considerabile, e le sue parti, che anno subito una vera atrofia, sembrano non essere formate che dalle tuniche interna ed esterna. In alcuni casi rari, le false membrane si presentano ben altrimenti; esse sono organizzate trasformate in tessuto laminare, cellulare, denso, il quale, in alcuni punti à subito le trasformazioni, fibrosa o cartilaginea. Questa disposizione, benchè fosse meno sfavorevole della precedente, causa però incomodo alle funzioni degli organi addominali, i quali sono compressi e stirati da quelle briglie che l'incrociano in tutti i sensi nella cavità del ventre.

Nella quasi totalità de' casi, cioè undici volte su dodici, abbiain trovati de' tubercoli ora nelle false membrane, più spes-

so sotto la tunica peritoneale degl' intestini. Questi tubercoli sono ora rari, altre volte sono agglomerati in gran numero, essi sono a diversi gradi di sviluppo, dallo stato miliare sino allo ammolimento. Ne esistono pure alla faccia interna degl' intestini, dove producono delle ulcerazioni: queste possono addivenire la causa di un perforamento, ed allora si osserva un versamento di materia stercorale in tutto il peritoneo, a meno che il perforamento non sia stabilito in un piccolo spazio circoscritto da false membrane. In fine si osserva qualche volta una comunicazione accidentale la quale si stabilisce tra due anse intestinali incollate l'una coll'altra: questo perforamento è prodotto ora dalla ulcerazione che si è sviluppata alla faccia interna di una di esse; altre volte si apre contemporaneamente sulle due anse dell'intestino che gli sono contigue mediante l'intermedio di un ascesso tubercoloso il quale è formato nelle false membrane.

Annunziare la presenza de' tubercoli nel peritoneo e negl' intestini, vale lo stesso di dire che ve ne sono quasi sempre ne' polmoni. In fatti abbiamo osservato una sola eccezione a questa regola. Quasi sempre i tubercoli polmonali; almeno se si vuol giudicare dal loro sviluppo, sembrano essere anteriori a quelli del ventre. In riassunto, da quel che precede ne ricgue che la peritonite cronica è quasi sempre tubercolosa. In fatti abbiain veduto i tubercoli mancare *una sola volta*, ed in questo caso, già esistevano simili produzioni ne' polmoni, in guisa che è cosa naturale il pensare che se l'ammalato era morto un poco più tardi, se ne sarebbero egualmente sviluppati negl' intestini e nelle false membrane del peritoneo. Questo risultato è a poco presso conforme a quello del Signor Louis, il quale sin ora, non à osservato la peritonite cronica se non che negl' individui tubercolosi. Crediamo d'altronde che, in nessun caso forse, i tubercoli peritoneali sono *primitivi*, ma non si sviluppano se non che consecutivamente alla infiammazione della sierosa. O' veduto due volte la peritonite cronica manifestarsi nel corso di un cancro che invade il grande epiploon, ed una volta in una donna colpita da carcinoma uterino: le lesioni erano simili a quelle osservate poco fa, salvo la mancanza esclusiva de' tubercoli nelle false membrane.

Sintomi. — Lo sviluppo della peritonite è quasi sempre oscuro. Gli ammalati si lagnano di dolori di ventre ottusi, profondi, qualche volta vivi, lancinanti, che si manifestano a lunghi intervalli, sotto forma di parossismi i quali durano uno o molti giorni, durante i quali gli ammalati sono costretti di stare in letto. In generale le coliche si accompagnano a diarrea; qualche volta a costipazione; il più delle volte questi due fenomeni alternano tra loro. Tosto le digestioni sono difficili, l'am-

malato si fa languido, magro, scolorato, e perde più o meno rapidamente le forze. In alcuni, il ventre s'ingrossa per effetto del meteorismo degl'intestini e del liquido che si spande nel peritoneo (Louis). L'addome offre allora un suono matto alla parte inferiore, e vi si scorge il fenomeno della fluttuazione. Questo versamento è raramente considerabile: lo abbiamo veduto una sol volta al peso di 2000 gramme. Diminuisce ed aumenta irregolarmente. In fine, dopo molte alternative, il più delle volte si assorbe intieramente. Quando non esiste affatto liquido, il ventre è deforme, abbassato verso l'ombelico; altra volta poi, questa parte è più protuberante; il demagramento delle pareti spesso permette di sentire il rilievo che formano le anse intestinali dilatate dal gas, ed allora risuonano sotto la percussione. Altre volte si distinguono uno o molti tumori più o meno voluminosi, formati dall'agglomeramento di molte anse intestinali, dando alla percussione un suono chiaro o oscuro, secondo che esistono poche o molte membrane a questo livello. La pressione risveglia in generale i dolori in uno o molti punti del ventre. Palpeggiando la parete addominale, è facile osservare che non conserva la sua cedevolezza ordinaria, offre una *tensione permanente, una renitenza ed una durezza particolare*, e che considero come il segno patognomonico della malattia. Tutti gli ammalati colpiti da peritonite cronica provano in diverse epoche della loro malattia, de' vomiti verdastri, che abbiamo veduto perdurare per molti mesi con una ostinazione disperante. Tutti hanno diarrea, gli uni in modo continuo, altri di tempo in tempo. In alcuni gli alimenti sono restituiti intatti o digeriti per metà (*tienteria*), lo che dipende, ora da un semplice perversimento delle forze digestive, altre volte dal perchè un perforamento si stabilisce tra il digiuno e l'intestino crasso. In questi casi fortunatamente rari, si comprende che i malati sono esattamente nelle stesse condizioni di quelli che hanno un ano contronatura vicino allo stomaco: quindi si vede che il demagramento progredisce rapidamente, e la morte à luogo in mezzo al marasmo. Quando la peritonite è semplice, o quando vi sono pochi tubercoli, alcuni ammalati si estinguono senza aver sofferto la febbre: quasi tutti però hanno una febbre lenta che presenta tutti i caratteri della febbre tifica. Torna inutile finalmente il dire che frequentissimamente a' sintomi addominali si uniscono i segni propri della consunzione polmonale. Indipendentemente da' precedenti fenomeni, i quali esistono quasi costantemente, ve ne sono alcuni accidentali, dipendenti dalla compressione che le anse intestinali e le false membrane esercitano sopra alcuni organi, perchè formano un tumore. Quindi abbiamo veduto una malata lagnarsi di disuria, in un'altra l'utero era deviato; in fine abbiamo osservato, col Signor Chomel, una dolo-

rosissima sciatica, la quale resistè a qualunque mezzo, ed era prodotta dalla compressione del nervo sciatico corrispondente. La peritonite cronica ci à presentato alcune leggieri differenze ne' casi in cui dipendeva dalla presenza di un carcinoma epiploico o uterino. Allora il ventre era la sede di dolori lancinanti che non si osservano nè nella peritonite cronica semplice, nè in quella tubercolosa; il versamento ascitico è stato permanente e non è mai cessato completamente. Dippiù ne' casi di cancro epiploico, si osserva alla regione media del ventre un tumore duro e gonfio, che solleva la parete addominale, e non presenta d'altronde alcuna durezza nè la resistenza che abbiamo notata poco fa come un segno caratteristico; quindi la peritonite è stata sconosciuta in due ammalati.

Corso, durata, esiti. — La peritonite cronica siegue un andamento lento; spesso rimane stazionaria per qualche tempo, raramente sembra retrocedere, però quasi sempre la malattia siegue lentamente un andamento crescente: finalmente termina quasi sempre colla morte, dopo una durata che varia tra due mesi e due anni. La sua durata media può essere fissata a sette mesi. Quasi tutti gli ammalati periscono esinaniti, in altri è un perforamento intestinale o una pneumonia che accelera l'esito fatale. Ricorderemo però che il perforamento ed il versamento stercorale, operandosi in un peritoneo ricoverto da false membrane spesse, possono aver luogo senza risvegliare l'apparato sintomatico spaventevole che abbiamo precedentemente descritto: quindi abbiain veduto il dolore mancare quasi sempre. Qualche volta si osserva soltanto un'alterazione profonda della fisionomia ed un abbattimento istantaneo delle forze, lo che indica la invasione di una malattia intercorrente qualunque, senza però caratterizzarne alcuna. In fine un fatto riportato dal Signor Andral (fatto unico fin ora) prova che un perforamento intestinale può stabilirsi nel corso di una peritonite cronica, non solo senza risvegliare alcun disturbo particolare, ma neppure impedire che l'ammalato continuasse a vivere per altre sei settimane.

Diagnosi. — La peritonite cronica è difficile ad essere diagnosticata nel suo sviluppo; in fatti può solamente sospettarsi quando gli ammalati si lagnano soltanto di dolori sordi, di coliche passeggere con diminuzione nella grassezza e nelle forze. Quindi solo quando un versamento nel ventre si è formato e le pareti addominali offrono la resistenza e la durezza di cui abbiain parlato, la diagnosi può stabilirsi con certezza.

La peritonite cronica può essere parziale. Quando occupa il cavo delle pelvi, torna difficilissima a poter essere diagnosticata: d'altronde, il dolore, la ritenenza delle pareti, la sensazione di un tumore gonfio ed inegualmente sonoro, permetteranno di essere certi sulla natura della malattia. In generale,

questa specie di peritonite è quasi sempre consecutiva a qualche cancro viscerale, come un cancro dello stomaco, dell'utero, de' reni o di altre lesioni, siccome un ascesso delle fosse iliaiche, ec.

Pronostico. — Non ancora è provato che una peritonite cronica alquanto estesa si sia veduta guarire. Torna inutile il dire che questa guarigione può essere soltanto osservata ne' casi, eccessivamente rari, in cui la malattia è primitiva e scevra da qualunque complicanza tubercolosa o cancerigna.

Cura. — L'incarico del medico si limita quasi sempre ad una medicina palliativa. Quindi si cercherà di mantenere le forze con un blando alimento. Si prescriverà il riposo, si combatterà la diarrea mediante il bismuto, i mucilagginosi e gli oppiati. Se i dolori sono vivi, si applicheranno i cataplasmi, e se il bisogno lo richiede alcune sanguisughe; si prescriveranno i bagni generali e locali. Contro i vomiti ostinati si useranno le bevande gassose ed il ghiaccio. Se il versamento ascitico fosse troppo abbondante si vuoterà mediante la puntura. In fine, siccome la incurabilità della peritonite non è ancora dimostrata, siccome qualche volta può non complicarsi alla presenza de' tubercoli, bisogna impiegare forse alcuni mezzi attivi, nella speranza di favorire l'assorbimento delle false membrane. Quindi è che si praticheranno le frizioni mercuriali e iodate, le acque minerali alcaline, solforose, sotto forma di bagni, di bevande di docciature; finalmente si stabiliranno sul ventre molti esutori possenti, come i setoni, la moxa il cauterio ec.

INFIAMMAZIONI DEL TESSUTO CELLULARE

DEL FLEMMONE DELLE CAVITÀ SPLANCNICHE.

Il tessuto cellulare delle cavità splanchniche può infiammarsi come quello delle altre parti del corpo. Parlando in questo luogo di flemmoni splanchnici, intendo indicare con ciò solamente quelli i quali si sviluppano nel petto e nell'addome; poichè torna inutile il dire non esserne nel cranio, giacchè in questa cavità si osserva soltanto una piccolissima quantità di tessuto cellulare laminoso, e per conseguenza poco suscettibile ad infiammarsi. Non però così avviene nel petto, dove, specialmente ne' due spazi triangolari che chiamansi *mediastini*, esiste una quantità di tessuto cellulare il quale può infiammarsi ad un tratto o consecutivamente all'alterazione di un altr'organo. Nella cavità addominale specialmente, ed in preferenza nella sua metà inferiore, si osserva la infiammazione del tessuto cellulare; lo che spiegasi pel gran numero di organi che vi si contengo-

no, per le diverse alterazioni di cui sono la sede, ed i rapidi e vari cambiamenti che lo stato fisiologico apporta nel loro volume e nella loro situazione. Aggiungiamo in fine che il tessuto cellulare addominale, protetto soltanto dalle pareti molli, e più suscettibile a ricevere le impressioni delle cause esterne di quello del torace, il quale vien protetto da pareti solide ed elastiche.

DE' FLEMMONI E DEGLI ASCESSI DE' MEDIASTINI

Il tessuto cellulare de' mediastini, specialmente quello del mediastino anteriore, s'infiamma alcune volte. Questa malattia però è molto rara: quindi è che possediamo soltanto su di essa alcune dilucidazioni talmente incomplete, da tornare forse impossibile poterne dare la istoria. Ecco però ciò che sappiamo di positivo a questo riguardo.

Sintomi, corso, esiti. — Quando la infiammazione è primitiva quando a luogo dietro una violenza esterna, gli ammalati accusano dietro lo sterno un dolore profondo e vivo, accompagnato da febbre, da difficile respirazione, da un'ansietà che sta in rapporto colla estensione della flemmasia ed il grado di compressione che il tumore infiammatorio esercita sul cuore, i vasi e la trachea. La morte può aver luogo in questo periodo, in mezzo alle palpitazioni, alle sincopi ed alle più terribili angosce. Quasi sempre il flemmone termina colla suppurazione; in questo caso, poco dopo che gli accidenti sono pervenuti al loro massimo grado d'intensità, si osserva questa serie di sintomi generali che annunziano la presenza del pus. Spesso in questo caso i fenomeni di compressione aumentano; il cuore è deviato verso la parte sinistra, senza gonfiezza alla regione precordiale; i battiti non sono più osservati sullo sterno, il quale presenta alla percussione un suono completamente matto. Quando la suppurazione del mediastino è consecutiva ad una carie o ad una necrosi dello sterno, non si osservano allatto i sintomi acuti infiammatori che abbiamo antecedentemente notati. Gli ammalati accusano solamente una oppressione sempre crescente, un incomodo ed un dolore ottuso dietro lo sterno. Questi ultimi sintomi sono pur anche quelli che si manifestano il più delle volte quando il pus, lungi dall'essersi formato nel mediastino, vi perviene da punti più o meno lontani, come quando un ascesso del collo si fa strada dietro lo sterno. In questi casi però, i fenomeni non sono sempre esattamente gli stessi, poichè ora si osservano soltanto degli accidenti di compressione; altre volte, l'arrivo del pus in mezzo ad un tessuto cellulare sano lo infiamma a suo tempo, ed allora si osservano tutti i disturbi che abbiamo precedentemente descritti parlando de' flemmoni primitivi.

Il pus accumulato ne' mediastini, e specialmente nel mediastino anteriore, tende sempre a portarsi al di fuori; il più delle volte si fa strada a traverso lo sterno, specialmente quando quest'osso è cariato o pure è stato fratturato. Nel caso contrario, sfugge da uno spazio intercostale o da un punto vicino al bordo laterale dello sterno. Alcune volte pur anche il pus scavando all'una o all'altra delle estremità del mediastino, viene a formare un tumore al di sopra della forchetta sternale o in vicinanza dell'ombelico. La rottura dello ascesso nella pleura, è forse l'esito più raro, però è stato qualche volta osservato. Checchè ne sia, quando questi ascessi tardano molto tempo ad aprirsi, producono gravi disordini e vasti scollamenti; lo che dà luogo dopo la loro apertura allo esterno che il pus stagni quasi sempre in qualche punto del focolare: da ciò gli accidenti di assorbimento e delle carie consecutive. In fine il fatto riportato da Lamartinière, nella sua memoria sulla *trépanation du sternum*, fa credere la possibilità di una emorragia grave prodotta dal denudamento e la ulcerazione dell'arteria mammaria interna.

Diagnosi. — I flemmoni e gli ascessi del mediastino in generale sono difficili a conoscersi. Un dolore però abituale, più o meno vivo dietro lo sterno, accompagnato da suono matto, da deviazione del cuore, da febbre, e più tardi da tutti i sintomi generali i quali annunziano una raccolta purulenta, non potrebbe affatto riportarsi ad un'altra affezione, se non che ad una flemmasia del mediastino. In fatti, l'ascoltazione e la percussione indicano allora che la pleura ed i polmoni sono intatti. Non si presterà fede alla esistenza di una pericardite; poichè in questa il suono matto esiste soprattutto sul bordo sinistro dello sterno, dove si osserva pure una gonfiezza più o meno considerabile; in fine i battiti del cuore sono oscuri, profondi. Nella infiammazione de' mediastini poi, il suono matto è unicamente circoscritto allo sterno; non esiste affatto protuberanza; in fine i battiti del cuore, distintamente percepiti, sono superficiali e qualche volta più o meno spostati.

Pronostico. — Torna inutile insistere per provare quanto le flemmasie de' mediastini siano gravi; nella maggior parte de' casi in fatti la malattia termina in modo funesto.

Etiologia. — Il flemmone e gli ascessi de' mediastini non sono quasi mai spontanei; nella maggior parte de' casi sono lo effetto di una piaga, una frattura dello sterno; più spesso ancora sono sintomatici di una lesione organica dell'osso, come la carie o la necrosi; infine, spesso lo ascesso è formato da un pus il quale segregato sulle parti laterali del collo, scava tra gli strati o ponevrotici sin dentro il petto.

Cura. — La cura deve essere antiflogistica, e tosto che la suppurazione è formata, bisognerà evacuarla il più presto possibile. Se un ascesso si forma sullo sterno o nelle sue vicinanze, lo s'inciderà, e si favorirà lo scolo del pus colla posizione e colle iniezioni: se finalmente questo si ristagna o quando tarda molto tempo a mostrarsi allo esterno, tutti i pratici sono di accordo di mettere allo scoperto il focolaro mediante la trapanazione dell'osso.

DE' FLEMMONI ADDOMINALI

Tutte le parti del tessuto cellulare addominale possono infiammarsi; però i flemmoni e gli ascessi non sono tanto frequenti in nessuna parte del ventre quanto nel cavo della pelvi, nelle fosse iliache ed intorno a' reni, parti dove il tessuto cellulare esiste in grandissima quantità in preferenza di qualunque altro luogo. Descriveremo dunque separatamente la infiammazione flemmonosa in ciascuna di queste regioni.

DEL FLEMMONE PERINEFRITICO

Sotto il nome di *flemmone perinefretico* si deve comprendere la infiammazione del tessuto celluloadiposo il quale esiste in grandissima quantità attorno a' reni ed avanti a' muscoli quadrati de' lombi.

Etiologia ed anatomia patologica. — Questa infiammazione è raramente spontanea; se non à luogo dietro qualche piaga o una contusione della regione lombare, per la presenza di un corpo estraneo venuto dal di fuori o dallo intestino, essa è allora quasi sempre consecutiva a qualche grave alterazione del tessuto renale. Quindi è che in una violenta nefrite, si vede qualche volta il tessuto cellulare esterno infiammarsi ora per la estensione della infiammazione, altre volte in seguito della rottura di un ascesso ne' reni. Le piaghe penetranti de' calicetti e delle pelvi, o pure il loro perforamento o la loro rottura, ordinariamente prodotta da' calcoli, sono ancora una causa efficacissima del flemmone perinefritico, il quale in questo caso riconosce per causa lo infiltramento dell'urina; in fine, gli ascessi lombari possono essere consecutivi ad un perforamento del colon.

Dietro questa enumerazione, si concepisce quanto siano varie le lesioni che si osservano all'apertura de' cadaveri per parte di alcuni de' visceri addominali. In quanto alle alterazioni dipendenti dall'ascesso esso stesso, si osserva il tessuto cellu-

lare sotto peritoneale e quello compreso tra il muscolo quadrato de' lombi e le sue aponevrosi, gonfio, ammolito, iniettato, infiltrato di pus e qualche volta cangrenato. Le fibre museolari sono esse stesse azzurrognole, scolorate, ammolite e distrutte dalla suppurazione. In fine le alterazioni possono estendersi sino al tessuto cellulare sottocutaneo de' lombi, il quale è spesso infiltrato di pus o almeno di sierosità citrina.

Sintomi, corso, esiti. — Quando il flemmone perinefrítico è primitivo, gli ammalati accusano nella regione lombare corrispondente un dolore più profondo di quello si osserva nella lombaggine, ed il quale si esaspera colla pressione e co' movimenti del tronco. Tosto questa regione addiviene deforme, si gonfia: la segrezione urinaria continua nondimeno ad aver luogo come per l'ordinario; avvi una febbre viva, costipazione, e spesso anche nausea o vomiti. Alla fine di alcuni giorni, questi accidenti si aggravano, i dolori sono più lancinanti, il tumore lombare si aumenta anche più, il dolore vi si fa semplicemente ottuso, la tumefazione è edematosa, in fine la fluttuazione vi si fa sentire. Il pus accumulato ne' lombi, può farsi strada a traverso uno de' punti della parete addominale posteriore, o pure sfugge dal colon, dall'uretere; alcune volte scavando nella fossa iliaca, si apre allo esterno nel fianco o nell'inguine; in fine questi ascessi sono stati osservati prendere una direzione contraria, perforare a sinistra il diaframma ed il polmone, ed essere espulsi mediante la espettorazione. Gli accidenti in generale sono più gravi ed il corso della malattia è prodotta dallo infiltramento di urina o di materia fecale. In questi casi, de' segni di malattia de' reni o del colon precedono di qualche tempo il flemmone lombare: questo si estende rapidamente sopra una grande superficie: la cangrena non tarda a svilupparvisi, e premendo il tumore, vi si distingue allora più o meno profondamente uno scoppietto numeroso che è prodotto dallo infiltramento de' gas nel tessuto cellulare: la mortificazione guadagna tosto la pelle se non si arrestano i progressi dello infiltramento settico mediante larghe e profonde incisioni. La maggior parte di questi ammalati periscono in mezzo ad un treno di sintomi adinamici ed atassici i più gravi. Quando la guarigione à luogo non si manifestano che dopo un tempo molto lungo, in ragione della estensione delle lesioni e dei scollamenti che ànno luogo: la piaga rimane spesso fistolosa. Ciò si osserva specialmente quando l'ascesso è stato sintomatico di un perforamento degl'intestini o di uno de' condotti urinari. Nel primo caso, si veggono i gas e le materie intestinali scappar via; nel secondo, il pus, di aspetto sieroso, esala un odore urinoso e porta seco spesse volte de' frammenti calcolosi.

Diagnosi. — Spesso torna difficile poter distinguere un ascesso estrarenale di una raccolta purulenta per anco rinchiusa nel rene senza comunicazione coll' uretra. Se però si osserva che in quest' ultimo caso sono esistiti antecedentemente i segni di malattie de' reni specialmente degli accessi di colica nefritica, si sarà di già indotto a sospettare la esistenza di un ascesso renale. Aggiungiamo pure che il tumore formato da questo protuberanza molto in avanti, ed osservasi il contrario degli accessi perinefritici; in oltre, ne' primi, la fluttuazione è più oscura e più profonda. Vi sono però de' casi in cui la mancanza di precise dilucidazioni e l' epoca già avanzata della malattia impediranno di poter localizzare esattamente l' affezione. In fine si comprende quanto la diagnosi offre d' incertezza quando avvi contemporaneamente raccolta di pus nel rene, e nel tessuto cellulare esterno. Lo studio però degli antecedenti potrà qualche volta permettere di stabilire la esistenza di questa doppia alterazione. Quindi, quando in un individuo il quale offre de' segni razionali o positivi di una suppurazione de' reni, si veggono manifestarsi tutto ad un tratto attorno del tumore renale degli accidenti acuti, tali quali il dolore vivo, la durezza più estesa, tosto sostituita dall' edema e dalla fluttuazione, non rimane alcun dubbio sulla esistenza di un doppio ascesso.

Quando il focolaro è aperto allo esterno, non si può sempre giudicare, dietro la natura del pus, delle esistenti alterazioni viscerali; quindi è che il pus esala spesso un odore stercorale, quantunque non esista alcuna comunicazione tra il focolaro ed il colon. Qualche volta ancora lo ascesso comunica col bacino o co' calicetti, senza che il pus tramandi un odore urinoso: ciò à luogo specialmente quando il rene, intieramente distrutto, non compie più le sue funzioni.

Pronostico. — Gli accessi perinefritici costituiscono sempre una malattia grave, eccettuato quando sono primitivi e molto circoscritti.

Cura. — Tutta la cura consiste, nel periodo flemmonoso, nell' uso degli antiflogistici, specialmente nelle emissioni sanguigne locali; poi, subito che la suppurazione è certa e che la fluttuazione è manifesta, bisogna sollecitarne l' uscita mediante una incisione, per prevenire i larghi scollamenti. Negli accessi consecutivi specialmente bisognerà sollecitare un perforamento del colon e della pelvi, a causa della cangrena e de' disordini che producono l' urina e le materie fecali sparse nel tessuto cellulare: in questi casi, non bisogna nè anche attendere la manifestazione della fluttuazione per operare le larghe incisioni, e dare esito il più presto alle materie settiche che infiltrano le parti molli, e che le mortificauo col loro contatto.

DE' FLEMMONI E DEGLI ASCCESSI DELLE FOSSE
ILIACHE

Tra tutte le parti del ventre, le fosse iliache interne sono quelle le quali sono il più frequentemente la sede degl'ingorghi flemmonosi. Questa malattia, anticamente conosciuta, specialmente dalla maggior parte degli ostetrici, non è stata ben descritta se non che dopo la memoria di Dance (t. IV. du *Répertoire de Breschet*). Essa è stata egualmente studiata con cura da Dupuytren, nelle sue *Leçons cliniques*, come pure da signori Ménière (*Archives* 1828), e Velpeau (*Clinique*), ec. Noi stessi abbiamo pubblicato nel 1839 su questo soggetto, negli *Archives*, un esteso lavoro, del quale presentiamo una breve analisi.

Anatomia patologica. — La morte avendo luogo quasi sempre ad un'epoca avanzata della malattia, si trova un focolaro purulento il quale può essere circoscritto alla fossa iliaca interna, ed anche alla parte posteriore del cieco, ma che il più delle volte si prolunga alle vicinanze de' reni e delle coste spurie. Le pareti di questo focolaro sono nerastre, irregolari; i muscoli psoas, iliaco e quadrato lombare sono alcune volte sani; il più delle volte però si osserva uno o molti di questi organi più o meno alterati. Quindi essi sono nerastri, grigiastri, infiltrati di pus; le loro fibre sono ammolite o distrutte: il disordine è qualche volta talmente considerabile, che la *fascia iliaca* istessa è distrutta: appena se ne trova qualche traccia. Il focolaro è attraversato da' filetti nervosi i quali si portano al membro inferiore corrispondente: gli uni sono intatti; la maggior parte sono ammoliti. I vasi iliaci sono generalmente sani; i loro rapporti però col focolaro che attraversano o col quale sono attaccati, spiccano certi fenomeni di stasi venose o di compressione che si osservano spesso durante tutta la vita. In fine delle lesioni variabili si rinvengono dalla parte dello intestino, della vagina, della vescica, della pelle, secondo uno di questi punti per lo quale l'uscita del pus si è operata.

Sintomi. — Lo sviluppo del flemmone iliaco, raramente indicato da freddo, è quasi sempre annunziato da un dolore più o meno vivo il quale aumenta colla pressione, co' movimenti del tronco, e spesso per quelli della coscia corrispondente, la quale non può cseguire una completa distensione. Questo dolore à sede il più delle volte nella fossa iliaca, qualche volta all'ipogastrico. Esso è vivo, lancinante, continuo, esacerbante, o pure consiste soltanto in un peso incomodo. Esso si propaga spesso fuori del ventre, specialmente verso le parti genitali e lungo il

membro addominale, lo che dipende il più delle volte dalla compressione de' nervi che si distribuiscono in queste parti. In generale sin dalla invasione della malattia, si osservano notabili disturbi degli organi digestivi come la costipazione, la diarrea, e qualche volta nausea e vomiti. Se in questo caso si osserva la fossa iliaca, si trova in questa regione, quasi sempre a contare dal terzo al quarto giorno ed anche prima, un tumore eguale, duro, renitente, non pulsativo, poco o affatto mobile, matto alla percussione, proeminente o piano, secondo che si sviluppa nel tessuto cellulare sottoperitoneale o sotto aponevrotico. Il suo volume, raramente minore di quello di una noce, non è mai tanto quanto un pugno di un adulto. Nel caso in cui il tumore è tanto considerabile si osservano diversi accidenti dipendenti dalla compressione dei nervi, de' vasi, dall' intestino e dai muscoli essi stessi. Quindi è che alcuni ammalati provano veri dolori nevralgici verso gli organi genitali ed il membro inferiore; altre volte (in un decimo) sono gravezze o formicolii che possono dipendere pur anche dalla compressione de' nervi o dallo imbarazzo della circolazione. Questo incomodo d' altronde è dimostrato per lo infiltramento sieroso del membro, che io ho osservato a differenti gradi in un quarto degl' individui. L' intestino, specialmente quando il tumore à sede nel lato diritto, è l'organo che il tumore comprime il più delle volte. Avvi allora alcun poco di meteorismo, e specialmente della costipazione: questo sintomo si osserva ne' tre quarti de' casi. In fine, quando il tumore imbrigliato dalla *fascia iliaca* comprime fortemente il muscolo iliaco, o pure quando questo muscolo, come pure lo *psaos*, partecipa della flemmasia, il membro si trova contratto; esso è più o meno piegato, e non può essere ricondotto ad una completa estensione senza vivi dolori. Indipendentemente da questi sintomi locali, quasi tutti gli ammalati anno la febbre.

Corso, esiti. — La maggior parte de' flemmoni iliaci terminano colla suppurazione, complicati o pur no a cangrena: questa è molto rara. L' esito per suppurazione è quasi costante, quando la malattia si manifesta nel corso dello stato puerperale o poco dopo quest' epoca. Il lavoro risolutivo, come pure quello della suppurazione ci è sembrato molto più lento nella fossa iliaca che nella maggior parte delle altre regioni del corpo. La formazione del pus è quasi sempre indicata da un aumento ne' sintomi locali e segnatamente ne' fenomeni di compressione: in fine, la fluttuazione si manifesta più o meno distintamente. Il pus, accumulato nella fossa iliaca, il più delle volte si apre una strada a traverso la parete addominale anteriore, specialmente in un punto vicino al ligamento di Falloppio o della spina iliaca; meno frequentemente, si vede lo a-

ascesso vuotarsi nello intestino (cieco o S iliaca); questa maniera di terminare è più frequente a diritta che a sinistra. Oltre a che il pus , scavando nel cavo della pelvi , si vuota a traverso il retto , la vescica , ed il più delle volte nella vagina nelle donne. Si osserva frequentemente che lo ascesso si vuota per molte [di queste vie contemporaneamente. In fine il Signor Demaux à veduto un ascesso iliaco aprirsi nella vena cava , ed il Signor Aubry à pubblicato negli *Archives* de 1843 una osservazione curiosa di ascesso iliaco puerperale aperto contemporaneamente allo esterno e nella cavità cotiloidea , lo che avea dato luogo ad una lussazione consecutiva dell' anca. Io stesso ò osservato nel 1847 lo stesso accidente in due individui dei quali ò raccolta la istoria.

In alcuni di questi ammalati , la convalescenza si manifesta sollecitamente ; nella maggior parte però la suppurazione continua per molte settimane ed anche per molti mesi. Quando la malattia à un esito funesto , la morte si spiega per la estensione de' disordini ; essa succede quasi sempre nel marasmo : altre volte i malati periscono per effetto di una peritonite intercorrente. Questa risulta ora dalla estensione della flemmasia ; altre volte è prodotta dalla rottura del focolare nella cavità sierosa. Gli ascessi iliaci guariti possono esser seguiti da alcune infermità ; quindi si è veduto un' ernia formarsi a traverso della cicatrice della parete addominale quando questa è stata incisa per dar passaggio al pus , e noi medesimi abbiamo citato l'esempio di una donna la quale da quattordici anni conservava un ingorgo edematoso dell' arto inferiore dipendente forse da una diminuzione nel calibro della vena iliaca.

Diagnosi. — I flemmoni iliaci saranno facilmente distinti da' tumori infiammatori delle ovaie , poichè questi sono globulari e più o meno mobili ; agendo sull' utero s' imprime loro de' movimenti ; in fine essi non producono affatto i sintomi di compressione che abbiamo precedentemente notati. Una peritonite locale circoscritta alla fossa iliaca potrebbe considerarsi per un flemmone ; nella peritonite però il dolore è più vivo ; esso è pungente , si accompagna a vomiti , e se un tumore si manifesta , lungi dall'essere duro e renitente , sin dal momento dello sviluppo è molle e fluttuante. In fine sono stati presi per flemmoni alcuni tumori formati da un ammasso di materie fecali ; questo errore però così grossolano non può essere commesso richiamando alla mente che i tumori stercorali sono ineguali , poco o niente dolorosi , possono farsi cambiare di sito mediante la pressione e spariscono dopo un pungente.

Pronostico. — Il flemmone delle fosse iliache è una malattia grave , il cui esito è sempre incerto ; quello che à luogo dietro il parto è più pericoloso del flemmone che si manifesta

nelle opposte condizioni. La formazione del pus è una circostanza pericolosa a causa della profondità nella quale il focolare è generalmente situato, in ragione della facilità che possiede la suppurazione di scavare molto avanti, e pel timore che l'ascesso non si aprì nel peritoneo. In fine a cose eguali, l'apertura del focolare in uno degli organi cavi, eccettuata la vagina, produce più pericolo di quello che si apre a traverso i tegumenti.

Etiologia. — I flemmoni iliaci sono quasi cinque volte più frequenti a dritta che a sinistra; il contrario à luogo per quelli che si sviluppano nelle donne qualche tempo dopo i parti, senza che si potesse conoscerne la causa. Gli uomini sono incomparabilmente più soggetti a questa malattia delle donne; queste non ne sono affatto colpite (salvo poche eccezioni) che dopo i loro sgravi. Rarissima ne' due estremi della vita, il flemmone iliaco si osserva specialmente tra venti e quarant'anni. Si dice che quelli i quali anno sede nella fossa iliaca dritta erano spesso consecutivi ad una costipazione prolungata o dipendevano dalla estensione di una infiammazione del cieco al tessuto cellulare; è però dimostrato altrove che questa etiologia non ancora era stata sufficientemente sanzionata da' fatti. La malattia è però qualche volta sintomatica; quindi è che può essere prodotta da una lesione dell'osso iliaco o dell'articolazione coxo-femorale, per effetto della estensione di una flemmasia del peritoneo, de' gangli inguinali, della capsula sinoiviale che tapezza la branca orizzontale del pube, o pure per effetto della propagazione di una infiammazione dell'utero, e specialmente de' ligamenti larghi. Tra le cause efficienti, citiamo i corpi estranei, le contusioni, le piaghe, le fatiche; ec. Il più delle volte però la malattia sembra spontanea.

Cura. — La cura sarà diretta a norma degli stessi principi stabiliti ne' flemmoni lombari, cioè che bisogna impiegare sin dallo sviluppo gli antillogistici. Comunque abbondanti però possono essere i salassi, raramente producono la risoluzione dello ingorgo, specialmente quando vengono impiegati dopo il sesto giorno. Comunemente però anno il vantaggio di circoscrivere il flemmone, e rendere la suppurazione meno abbondante, moderando la infiammazione. Quando il pus è formato, lungi dall'attendere pazientemente la evacuazione spontanea per lo intestino, come praticava Dance, bisogna procurare il più sollecitamente un'uscita artificiale a traverso la parete addominale. Prima però di praticare la incisione, bisogna assicurarsi non solo della esistenza della fluttuazione, ma pure dell'aderenza della parete addominale al focolare. Si cercherà pure di percuotere con grande attenzione il punto che bisogna incidere, per essere viemmaggiormente convinti che in questo punto non esiste affatto un'ansa intestinale che lo strumento potrebbe divide-

re. In fine se la profondità alla quale il pus è collocato non permette di toccarlo, si procurerà lo assorbimento applicando al livello del focolaro uno o molti cauteri o moxa. Disgraziatamente però, questo metodo è raramente coronato da successi, e quasi sempre in questo caso gli ammalati periscono con gli accidenti di consunzione.

O' confuso in una descrizione comune gli ascessi iliaci i quali si manifestano nelle condizioni ordinarie, e quelli che nascono nel corso dello stato puerperale, perchè avendo gli stessi sintomi, lo stesso corso, gli stessi modi di terminare, richieggono la stessa cura. Esistono tra essi delle gradazioni soltanto determinate dalle speciali condizioni in mezzo alle quali la malattia si manifesta. Prendere autorità da ciò per descrivere a parte gli ascessi delle donne nel parto e quelli che si manifestano fuori lo stato puerperale, sarebbe cosa senza ragione a segno, come se dopo aver descritto la bronchite, la pneumonia, la risipola, le febbri eruttive, ec, si facesse di ciascuna di queste affezioni una individualità morbosa, per la ragione che colpiscono più o meno frequentemente le donne sgravate, e che esse ricevono dallo stato puerperale alcune modifiche delle quali bisogna tenerne conto pel pronostico, e per la cura, ma che poi sono insufficienti per costituire una novella malattia. Spero che tutti i medici i quali avranno osservato attentamente parteciperanno al mio avviso. Sono stato sorpreso di vedere un uomo tanto illuminato quanto il Signor Marchal sostenere una contraria opinione nella sua tese di concorso (1844), e biasimare con una certa asprezza l'ordine che ò seguito; non avrebbe scritto come egli à fatto, se avesse avuto della malattia una maggiore esperienza personale.

DE' FLEMMONI E DEGLI ASCESSI DELLA CAVITA' DELLA PELVI

Il tessuto cellulare del cavo della pelvi è frequentemente la sede di raccolte purulenti. Queste raramente vi si formano in modo spontaneo; quasi sempre però la infiammazione è consecutiva nell'uomo ad un infiltramento urinoso o stercorale, o a qualche operazione praticata sulla vescica; nella donna poi non si osservano affatto gli ascessi delle pelvi se non che in seguito a qualche sofferenza uterina, specialmente dopo i parti. Allora essi occupano quasi sempre i ligamenti larghi, più spesso la parete retto-vaginale; altre volte il pus è infiltrato nella maggior parte del cavo: quest'ultimo caso si osserva specialmente dopo l'applicazione del forcipe. Allora esistono il più delle volte diverse gravi lesioni dalla parte del peritoneo e delle articolazioni del bacino.

I sintomi che appartengono a questa infiammazione sono sempre oscuri: gli ammalati accusano un dolore più o meno vivo nel cavo della pelvi, disturbi simpatici verso lo stomaco, e diversi accidenti di compressione per parte de' visceri contenuti nel bacino, secondò la sede ed il volume del tumore flemmonoso, circostanze che il tatto vaginale e del retto permetterà solo di conoscere. Questa esplorazione d'altronde è sempre necessaria per stabilire la diagnosi della malattia; poichè essa sola può dare de' segni positivi. Qualche volta è necessario praticare il tatto vaginale e del retto: quindi quando lo ascesso è sede nella chiusura retto-vaginale, bisogna introdurre l'indice nel retto ed il pollice della stessa mano nella vagina: si spinge in alto per quanto è possibile il perineo col primo spazio interdigitale, e si abbraccia in questa guisa il tumore alla sua parte inferiore. Se in questa posizione si preme alternativamente con uno delle dita, mentre l'altro rimane applicato sul punto opposto del tumore, si scorge manifestamente la fluttuazione (Bourdon).

Tutti questi ascessi hanno l'andamento ed i modi di terminare degli ascessi de' ligamenti larghi (vedi più sopra infiammazione delle trombe e de' ligamenti larghi. Subito che la fluttuazione è stata conosciuta, bisogna dar luogo alla uscita del pus mediante una puntura o una incisione, scegliendo il punto più declive del tumore e quello ove la fluttuazione è più superficiale. Per praticare l'apertura dalla vagina, si adoterà il bisturi del Signor Récamier, il quale è molto analogo al faringotomo. Vuoluto l'ascesso, bisognerà impedire l'accumulo del pus mediante una posizione convenevole, le iniezioni e la compressione metodica del ventre.

DEGLI ORECCHINI

Si dà il nome di *ourles* o di *orecchini* ad un tumore doloroso, di corso acuto, formato dallo ingorgo infiammatorio del tessuto cellulare della regione parotidea.

Sintomi. — Questa malattia è spesso preceduta per alcuni giorni da un mal'essere e da febbre; poi gli ammalati accusano dolore ed un senso d'incomodo verso l'articolazione temporomascellare. Tosto si manifesta a questo livello una tumefazione la quale si propaga ordinariamente al di sotto dell'angolo della mascella e si estende qualche volta più o meno lungi sul collo e sulla tempia. Questo gonfiamento il quale può occupare i due lati, e che altre volte è circoscritto ad un solo, è di un rosso oscuro, qualche volta alquanto violaceo. Spesso la pelle conserva a questo livello il suo color naturale; però vi è più

calda del solito. Il tumore non à la durezza del flemmone, ma solo la renitenza che dà il tessuto cellulare affetto da edema attivo. Nello stesso tempo avvi mal' essere, la curvatura, il peso alla testa, vertigini, poca febbre inappetenza. In generale il tumore si aumenta per due o tre giorni; poi dopo essere rimasto stazionario per un egual tempo si vede diminuire a poco a poco, e sparire dopo una durata media di circa un settenario. L'orecchione non è mai seguito da suppurazione. La risoluzione è quasi sempre l'esito costante; si dice che sia spesso indicata da un sudore che occupa tutto il corpo, o che qualche volta è circoscritta allo ingorgo parotideo: ciò non l'ò mai osservato. Non è raro però, specialmente nel corso di certe epidemie, che la risoluzione del tumore abbia luogo per metastasi; quindi è che qualche volta si vede, che a misura che lo ingorgo della regione parotidea si risolve, uno de' testicoli o tutti due contemporaneamente gonfiarsi o indurirsi. Nella donna, sono le mammelle o le grandi labbra che addivengono consecutivamente la sede de' tumori dolorosi. Questa metastasi, sulla quale alcuni medici fanno sorgere de' dubbi, è un fatto rarissimo nella pratica ordinaria, non pertanto è perfettamente stabilito, e per me ò avuto l'occasione di raccogliere cinque esenpi nell'uomo. Non ò trovato rapporto costante tra la sede dell'orecchione e quello dell'ingorgo consecutivo de' testicoli: quindi non ò veduto, come altri à detto, che la metastasi si operasse sempre sul testicolo corrispondente alla regione parotidea affetta. Ne' fatti da me osservati, non à avuto neppure luogo, a propriamente parlare, cessazione istantanea, o delitescenza dello ingorgo parotideo, ma solamente diminuzione graduata che si opera più rapidamente de' tumori flemmonosi; non era mai completa prima di due, tre o quattro giorni. Tosto che la risoluzione cominciava ad operarsi nella regione parotidea, che già si vedeva l'uno de' testicoli ingorgarsi: tra uno o due giorni quest'organo era spesso raddoppiato o triplicato di volume. La pelle dello scroto è allora di un rosso violaceo, il testicolo è più pesante, più resistente del solito, ma non offre mai la durezza, il peso e la sensibilità che osservansi negl'ingorghi puramente infiammatori. In fatti là quasi tutti gli ammalati accusano soltanto alcun poco di dolore, anche quando si esercita un certo grado di pressione sull'organo. Ne' casi in cui ò praticato una completa esplorazione, mi è sembrato che, in opposizione a quel che si osservava nella forchite blenorragica, l'epididimo era intatto, ed il corpo solo dell'organo era affetto: mi e pur sembrato molte volte esistere alcun poco di versamento nella tunica vaginale. Questo gonfiamento è suscettibile degli stessi esiti dell'orecchione: quindi quasi sempre si risolve alla fine di cinque o sei giorni; alcune volte à luogo la suppurazione; finalmente, si è veduto

questa malattia secondaria finire essa stessa per metastasi sulla regione parotidea, poscia la malattia trasferirsi da questa al testicolo, e quindi molte volte di seguito dall'una all'altro. Si è detto che in alcuni casi la scomparsa istantanea dello ingorgo parotideo e de' testicoli è stato prontamente seguito dalla morte, in mezzo al delirio ed alle convulsioni: anno supposto allora che la metastasi si era eseguita verso il cervello. I fatti però di questo genere non sono stati ancora sufficientemente osservati, e non è stato neppure provato, come altri han detto, che la metastasi possa mai aver luogo sulle ovaie nella donna.

Diagnosi e prognosi. — L'orecchione non sarà mai confuso coll'ingorgo della glandola parotide; in questo però la tumefazione è più considerabile; più dura, più estesa; si osservano tutte i fenomeni di un fleumone; il tumore è persistente, termina il più delle volte per suppurazione, qualche volta per cancrena, e mai per metastasi. Il pronostico non offre mai alcuna gravità.

Etiologia. — Gli orecchioni, rari ne' vecchi, ed anche dopo trent'anni, assale soltanto gli adolescenti ed i giovanetti. Il freddo umido è la causa, la quale sembra agire il più delle volte, sia per determinare la malattia, sia per produrre il suo esito per metastasi. Essa regna qualche volta epidemica; questa influenza epidemica è generalmente circoscritta al quartiere di una città ed anche ad un solo stabilimento.

Cura. — Quando l'orecchione è poco doloroso, bisogna soltanto preservare la parte affetta dal contatto del freddo coprendola con un fazzoletto. Se avvi dolore, e se lo ingorgo minaccia di terminare colla suppurazione, si applicheranno i cataplasmi emollienti, e bisognerà pure, se la infiammazione è viva, applicare un certo numero di sanguisughe; finalmente si procurerà una piccola controirritazione mediante i piediluvi ed alcuni blandi purganti. Quando la metastasi à luogo sulle parti genitali, non bisogna praticare cosa alcuna per impedirla; poscia si applicheranno sul testicolo i cataplasmi emollienti, resi leggermente risolvanti spruzzandoli coll'acqua bianca, ed insistendo sur i rivellenti intestinali. Se in fine la scomparsa degli orecchioni coincideva colla manifestazione di accidenti cerebrali gravi, bisogna procurare di richiamarli applicando sulla regione parotidea i rubefacienti ed anche i vescicanti.

INFIAMMAZIONE DEL TESSUTO MUSCOLARE

La infiammazione del tessuto muscolare à ricevuto il nome di *miosite* o *myositis*. È questa un' affezione estremamente rara, della quale molti medici ne contrastano anche la esistenza. In fatti, egli sembra che il tessuto muscolare sia uno di quelli i

quali sono meno suscettibili ad infiammarsi ; su di ciò si può essere sicuri studiando i fenomeni che si osservano in tutte le piaghe muscolari, specialmente per effetto dell'amputazione delle membra. Si conosce in fatti in questi casi , che la fibra muscolare non subisce alcun cambiamento nella vitalità, mentre le guaine cellulari sono la sede esclusiva delle alterazioni che sopravvengono, sia che la infiammazione sia adesiva, sia che essa addivenga suppurativa. Il pus che osservasi qualche volta infiltrato o sparso ne' muscoli è molto meno lo effetto di un lavoro infiammatorio locale anzichè di questo stato grave della economia che osservasi nel moccio e gli assorbimenti purulenti. D'altronde , quando la suppurazione è prodotta da una infiammazione locale pura , questa forse non colpisce mai primitivamente la fibra muscolare , ma prima à sede nel tessuto cellulare interfibrillare , e solo consecutivamente la fibra carnosa ne è essa stessa invasa. Esaminando lo stato delle parti indifferenti periodi della infiammazione, si riconosce che in un primo grado della malattia il tessuto cellulare interstiziale , s' inietta , si fa rosso , spesso , in modo che ciascuna fibra è rinchiusa in una specie di guscio solido. In questo stato, il tessuto carnoso compresso si scolora; altre volte poi, addiviene rosso violaceo. Nell' uno e nell' altro caso , il muscolo è più voluminoso , esso è più friabile. Se più tardi la suppurazione à luogo, le fibre carnose prendono una tinta giallastra; sono più friabili, ma la suppurazione esiste soltanto negl' interstizi. Alcune volte esse àno subito di distanza in distanza delle soluzioni di continuo; in questo punto esiste allora un piccolo cavo ripieno di un pus bianco o rossastro ; finalmente , altra volta la tessitura muscolare non esiste più , e l' organo è trasformato in una massa omogenea , che si direbbe essere formata dal tessuto cellulare infiammato. Quando la guarigione si manifesta dopo simili alterazioni, il muscolo è diminuito di volume , spesso è anche atrofiato : questo stato è sempre incurabile.

Tutti i muscoli del corpo possono essere colpiti da infiammazione ; ma gli autori àno specialmente studiato quest' alterazione nel cuore , nel diaframma e ne' muscoli psoas. Abbiàm parlato , all' articolo *Cardite* , della infiammazione cellulo-muscolare del cuore. Passeremo sotto silenzio la infiammazione del diaframma, poichè nessuna osservazione precisa possediamo ancora su di essa. Torna specialmente impossibile poter mettere a profitto la descrizione degli autori i quali , sotto i titoli di *parafrenesia*, *frenite*, *diafframmite*, *diafragmatite*, vocaboli sinonimi , e che tutti significano infiammazione del diaframma àno confuso delle malattie differentissime , specialmente la pleurisia e la peritonite diaframmatica , l' infiammazione del tessuto cellulare e degli organi vicini , ed anche certe affezioni acute dei centri nervosi.

DELLA PSOITE

Tra tutti i muscoli del corpo, i psoas sono quelli che si trovano il più delle volte suppurati, per effetto di un lavoro infiammatorio locale. Non esiste però forse nella scienza alcuna osservazione che abbia dimostrato in modo certo che il lavoro infiammatorio abbia primitivamente colpito la fibra muscolare. Tutto porta a concludere invece, che in tutti i casi di psoite pubblicati sin oggi, e qualunque sia stata la causa della malattia, il pus si è formato ora a spese del tessuto cellulare infiammato, altre volte questo fluido, fornito da una carie vertebrale, ha scavato nella guaina del muscolo dove si è fermato. Nell' uno e nell' altro caso però, le fibre muscolari possono scomparire, ora per atrofia, ora in seguito di una vera distruzione; allora si rinvengono nel focolaro sotto forma di un detritus rosso o nerastro, o pure si riconoscono ancora, ma scolorate o di un rosso carico, nerastro, verdastro ed ammolite. Raramente la suppurazione invade il solo psoas; in fatti, quasi sempre il focolaro occupa nello stesso tempo il muscolo iliaco ed il tessuto cellulare sotto peritoneale, dove ordinariamente si rinviene il punto di partenza.

Qualunque possa essere il modo di formazione degli ascessi dello psoas, gli autori hanno creduto potersi facilmente riconoscere per un dolore che ha sede nella regione lombare, e si propaga nella fossa iliaca, nell' inguine, nella natica e nella coscia corrispondente: si aggiunge che il membro inferiore di questo lato è più o meno ritirato, ed è impossibile poterlo ricondurre alla completa estensione: il piede si trova ancora nella rotazione interna; finalmente un tumore fluttuante si manifesta successivamente nella regione lombare, nella fossa iliaca e nel cavo dell' inguine. Però, abbenchè si pensi il contrario, affermiamo, dietro molti fatti che abbiamo osservati, che la contrazione del membro e l' impossibilità di estenderlo, che i dolori, che gli stiramenti ne' lombi, non sono affatto un sintomo costante della suppurazione dello psoas, poichè li abbiamo veduti ancora molte volte ne' casi dove il muscolo era completamente distrutto. In oltre abbiamo gli stessi accidenti ne' flemmoni delle fosse iliache, quando i muscoli di questo nome erano affetti, ed abbenchè l' alterazione non si fosse propagata al corpo istesso del muscolo psoas. Crediamo adunque che la contrazione del membro inferiore e la impossibilità di estenderlo possono dipendere da una lesione dello psoas egualmente che dal muscolo iliaco, e che per determinare se lo ascesso abbia sede nel primo anzi che nel secondo, si deve aver riguardo piuttosto alla sede del dolore ed a quella del tumore. Quindi si osserverà che

nella psoite, il dolore occupa uno de' lati de' lombi, e che il tumore mal circoscritto, di forma allungata, è situato al lato più interno della fossa iliaca, mentre che nel flemmone iliaco il tumore, ben circoscritto, occupa la fossa iliaca interna, ed in quel punto è pure la sede del dolore. Finalmente tra le due specie di ascessi che mettiamo in paragone, avvi questa differenza cioè, che questi due psoas, contrariamente a quelli che si sviluppano nella fossa iliaca non tendono affatto a divenir superficiali. Però nella maggior parte de' casi, la diagnosi differenziale non può stabilirsi, perchè la suppurazione invade contemporaneamente i due muscoli psoas ed iliaco.

Gli ascessi dello psoas che non dipendono da una carie vertebrale si osservano soltanto nelle donne di recente sgravate.

La psoite richiede la stessa cura de' flemmoni ed ascessi iliaci; in ragione però della poca tendenza che anno gli ascessi dello psoas a divenir superficiali, bisogna accuratamente esaminare la regione lombare, poichè qualche volta ci si avverte la fluttuazione. Così essendo, bisogna sollecitare una incisione in questo punto, lo che permetterebbe al pus di uscir più facilmente che se si praticasse un'apertura sulla parete anteriore addominale.

INFIAMMAZIONI DELLA PELLE

La pelle spesse volte è colpita da infiammazione acuta e cronica, e questa vi si presenta con caratteri esterni molto differenti. In fatti ora esiste soltanto una roschezza più o meno viva; altre volte sono tumori contenenti diversi liquidi che li condensano. Queste differenti forme d'infiammazione non solo sono delle varietà o de' gradi di uno stesso stato morboso, ma costituiscono il più delle volte delle malattie distinte. Dunque dividiamo e studiamo le malattie infiammatorie della pelle in quattro generi, i quali sono gli *esantemi*, le *vesciche*, le *bolle* e le *pustole*,

DEGLI ESANTEMI

La parola *esantema* (da *εξανθεω*, *effloresco*, *erumpo*) serviva ad indicare presso i Greci quasi tutte le eruzioni cutanee; altri l'anno ristretta ad alcuni gruppi di malattie differentissime tra loro. Dopo Willan però, la parola *esantema* à un preciso significato, ed oggi se ne servono per denominare soltanto un certo numero di malattie cutanee che anno per caratteri comuni una *roschezza più o meno viva*, *circoscritta o diffusa*, *la quale diminuisce o scompare momentaneamente sotto la pressione del dito*.

Dietro questa definizione, bisogna comprendere nell'ordine degli esanlemi l'eritema, la rosolia, e la rescipola; non parleremo del morbillo nè della scarlattina, le quali benchè per i loro caratteri esterni queste malattie siano di natura esanematologica, però, siccome la febbre, l'infezione generale della economia, lo stato del sangue e la specificità costituiscono gli elementi principali della malattia, abbiain dovuto collocarle in un'altra classe (vedi più sopra considerazioni generali sulla malattie eruttive).

DELL' ERITEMA

L'eritema è un esanema non contagioso, ed ordinariamente non si accompagna ad alcun sintomo generale, caratterizzato da macchie rosse superficiali, variabili pel loro numero, la loro forma e la loro estensione, e termina per delitescenza, per risoluzione o per desquamazione dopo una durata di uno o due settenari.

Sintomi. — L'eritema si sviluppa generalmente senza prodromi. Si osservano delle macchie di un colore rosso che varia da quello della rosa tenera sino al rosso vivo ed anche violetto, e che scompare momentaneamente sotto la pressione del dito, e si sviluppa su qualche parte del corpo, generalmente sul volto, il petto e le membra. Tra queste macchie, le une hanno soltanto alcuni millimetri di estensione, altre hanno 5 o 6 centimetri, in alcuni casi rari esse occupano una gran porzione della superficie del corpo. Questa roschezza è superficiale, e la pelle non presenta alcuna durezza al suo livello: questa membrana è intatta negl'intervalli delle macchie. L'eruzione eritematosa si accompagna spesso ad un leggiero dolore, ad un prurito più o meno incomodo, e ad un aumento nella temperatura. Quando la malattia è prodotta dal contatto delle materie acri, o pure quando si sviluppa dallo strofinio continuo di due superficie contigue, siccome si osserva frequentemente nelle persone grasse, sotto le mammelle, agl'inguini, alle ascelle ed all'ombelico, alle cosce ed alle natiche, alla mammella ne' fanciulli (*intertrigo*) il prurito è più vivo, l'epidermide si distrugge, ed allora si veggono formarsi delle piccole escoriazioni o flitteni che danno un liquido sieroso o sero-purulento e di un odore nauseante.

Corso, durata, esiti. — Dopo aver perdurato per alcuni giorni con questi caratteri, le macchie impallidiscono a poco a poco, poi si estinguono completamente, e non lasciano alcuna macchia, o pure sono seguite da una desquamazione più o meno pronunziata. In alcuni casi l'eritema termina per delitescenza dopo una durata efimera (*eryth. fugax*). Tali sono i caratteri ed il corso dell'eritema che chiamasi *semplice* o *leggiero*.

Varietà. — L' eruzione si presenta qualche volta con altre apparenze, che hanno fatto ammettere molte varietà di eritema. Le sole che importa conoscere sono gli eritemi *papoloso* e *nodoso*. Nell' eritema papoloso (*eryth. papulatum* di Willan), le piastre, irregolarmente arrotondate, hanno un volume che varia tra quello di una lenticchia e quello di un centesimo. Di un rosso vivo, poi violaceo, specialmente al centro, esse formano un leggero rilievo, sono dure e come papolose. Se la protuberanza è più considerabile e la durezza più grande, l' eritema è chiamato *tubercoloso* (*tuberculatum*) da Willan, e nei casi in cui le piastre, molto proeminenti, sembrano distaccarsi dalla pelle alla loro circonferenza, l' eritema è chiamato *marginale* (*marginatum*); queste due ultime distinzioni offrono poco interesse.

Checchiè ne sia, l' eritema papoloso si osserva specialmente ne' giovani e nelle donne. Occupa quasi sempre il collo, il petto, le braccia, la faccia dorsale delle mani e degli avambracci. Spesso è preceduto da uno stato di mal' essere, e si accompagna spesso a febbre.

2.° L' *eritema nodoso* (*eryth. nodosum*) è una forma frequente, che si osserva specialmente nelle donne e ne' giovanetti. L' eruzione occupa particolarmente le membra, specialmente la faccia interna delle gambe. Esso si presenta sotto forma di macchie rosse, ovali, del diametro di 5 a 25 millimetri, e dolorosissime. Palpeggiando la loro superficie, si osserva che esse sono protuberanti e formano delle vere nodosità. Alla fine di alcuni giorni, le piastre sono meno dure; alcune volte molli, e quando si premono presentano la sensazione di una dubbia fluttuazione: però mai esiste alcun liquido sparso nelle maglie de' tessuti. Questa eruzione, la quale spesso è preceduta ed accompagnata da mal' essere, dalla perdita dell' appetito e da febbre, sparisce progressivamente dopo una durata di dodici o quindici giorni, lasciando dopo di essa un colore nero o giallastro della pelle, come se questa membrana fosse stata mortificata, ecchimosata.

Eritema epidemico di Parigi. — Parlerò in questo luogo solamente per ricordare un eritema epidemico osservato a Parigi nel 1828: questa malattia à ricevuto il nome di *acrodinia*, ma non si à più occasione di osservarlo a' giorni nostri. Se ne troverà la descrizione nelle raccolte scientifiche dell' epoca e nel 1.° volume del *Dictionnaire de médecine*, 2. édition. D' altronde l' eritema non era forse in questo caso se non che un epifenomeno.

Diagnosi. — La diagnosi differenziale dell' eritema sarà discussa in occasione di ciascuna delle malattie colle quali potrà essere confuso.

Pronostico. — Il pronostico non offre alcun pericolo.

Etiologia. — L'eritema assale specialmente i fanciulli i giovanetti e le donne. Ne' fanciulli alla mammella, il più delle volte è prodotto dal contatto prolungato delle urine e delle materie fecali; allora stabilisce sua sede alle cosce, alle natiche, allo scroto. Un poco più tardi, ed all'epoca della dentizione, delle piastre di eritema si mostrano sopra le diverse parti del corpo, specialmente sulle guance. Nelle donne, la soppressione delle regole è spesso la sola causa che spiega lo sviluppo di un eritema nodoso. In fine a tutte le età della vita, la malattia può essere sintomatica di una flemmasia delle vie digestive, o pure è prodotta dal distendimento della pelle, come nello anassarca: essa si liga qualche volta agli accessi della febbre intermittente o agli accidenti neuralgici. In fine certe sostanze, specialmente il balsamo di copaiba, dato internamente, possono produrre un eritema che occupa in questo caso il più delle volte una gran parte del corpo.

Cura. — La maggior parte degli eritemi finiscono coll'aspettazione. Torna però vantaggioso amministrare agli ammalati i bagni tiepidi, le bevande acidole ed alcuni minorativi. Nell'eritema nodoso, se i dolori sono vivi, si coprirà la parte di un cataplasma di fecola spruzzato di una decozione di teste di papaveri, alla quale si aggiungerà una piccola quantità di sotto acetato di piombo. Raramente si è forzati dover ricorrere a' salassi. Quando l'eritema, sviluppandosi tra le pieghe della pelle, è accompagnato da screpolature e da escoriazioni, si praticeranno delle lavande con acqua bianca, si copriranno colla polvere di amido i punti affetti o pure colla polvere di livopode, e le parti contigue saranno separate dalla pelle mediante la filaccia asciutta o un pannolino di tela finissima.

DELLA ROSOLIA

La rosolia (*rubeola*) è un esantema non contagioso, caratterizzato da macchie rosse, affatto proeminenti, diversamente figurate, le quali hanno una durata efimera, e generalmente preceduta ed accompagnata da febbre.

Sintomi. — L'eruzione della rosolia è spesso preceduta da mal'essere e da febbre; altre volte a luogo senza prodromi. Essa è costituita da macchie irregolarmente arrotondate, e generalmente più larghe e meno numerose di quelle del morbillo: alcune volte queste macchie si mostrano sotto forma di anelli color di rosa, con delle areole centrali le quali conservano il colorito della pelle (*ros. annulata* di Willan). Queste macchie del colorito di rosa più o meno carica occupano una parte o la totalità del corpo; esse sono generalmente accompagnate da

prurito e da pizzicori alla pelle. Molti ammalati provano ancora alcun poco di calore alla gola e dolore durante la deglutizione, accidenti i quali si spiegano mediante delle macchie analoghe che esistono alla faringe. L'eruzione dopo essere rimasta stazionaria per lo spazio di venti quattr'ore, tosto comincia a farsi pallida, e verso il quinto giorno non esiste più alcuna traccia: altre volte però si osserva alcun poco di desquamazione. In generale la rosolia che regna nelle stagioni calde è quella che produce più mal'essere e febbre; l'eruzione offre in oltre una tinta più carica, il prurito è più marcato (*ros. estiva* di Willan).

Diagnosi. — Da ciò che abbiamo detto, torna impossibile poter confondere la rosolia col morbillo volgare o regolare, per la mancanza nella prima de' sintomi catarrali, perchè le macchie sono più regolari, più circoscritte, più grosse di quelle del morbillo. Bisogna convenire però, che in alcuni casi, i caratteri dell'eruzione sono a poco presso gli stessi nelle due malattie. Se specialmente non esistono affatto sintomi di catarro, il più delle volte torna impossibile poter determinare se trattasi di una rosolia o di un morbillo senza catarro. Quest'ultimo sarà probabile se la eruzione à luogo in una famiglia dove regna il morbillo; la distinzione però sarà possibile quando la malattia è sporadica.

Pronostico. — Il pronostico non è mai grave.

Etiologia. — La rosolia affetta specialmente le donne ed i fanciulli, soprattutto all'epoca della dentizione; essa regna il più delle volte nell'està e nell'autunno. L'impressione del freddo, un esercizio forzato, delle emozioni morali, una flemmasia viscerale, una infiammazione gastro-intestinale specialmente possono provocarla.

Cura. — Il riposo, una dolce temperatura, le bevande diluenti, sono i soli mezzi che bisogna impiegare contro questa malattia, la quale anche quando è febbrile, non richiede alcun medicamento.

DELLA RISIPOLA

Sinonomia. — *Erysipelas*; febbre *erisipelatosa* (da *ερῶω*, io attiro, e *πελας*, presso, o pure da *ερυθρός*, rosso!).

La resipola è una infiammazione esantematica, estensiva, non contagiosa, caratterizzata da una rossezza viva della pelle, con durezza e leggiero gonfiamento di questa membrana, la quale termina generalmente colla risoluzione o la desquamazione, qualche volta colla suppurazione, più raramente colla cangrena.

Anatomia patologica. — È falso ciò che alcuni han detto che la risipola non lascia alcuna traccia sul cadavere; poichè se dopo la morte, la pelle che ne è stata la sede finisce di essere rossa, conserva almeno una tinta brunastra e violacea; l'epidermide è grinzita e si distacca facilmente; il derma è qualche volta iniettato, violaceo, come ecchimosato, più umido, spessito ed un poco friabile; il tessuto cellulare sottocutaneo è spesso edematoso, qualche volta vi si trova del pus infiltrato o riunito in focolare; infine, la pelle ed il tessuto cellulare possono essere mortificati in una estensione più o meno considerabile. Queste lesioni sono a poco presso le sole che possono essere osservate. Si dice però che i linfatici, le arterie e specialmente le vene della pelle sono state trovate infiammate e ripiene di pus (Ribes, Coplaud, Cruveilhier, Blandin): questi vasi però sono talmente sottili nella spessezza del derma, da sembrare impossibile poter conoscere, quale sia il loro modo di alterazione. Non neghiamo però che qualche volta si sia incontrato del pus nelle vene e ne' linfatici sottocutanei; queste lesioni però non sono probabilmente che consecutive: d'altronde esse ci sembrano indipendenti dalla stessa risipola, e si rannodano piuttosto alla suppurazione del tessuto cellulare, cioè alla esistenza di una risipola flemmonosa. Il signor Rayer professa quasi la stessa opinione.

Sintomi, Corso. — La risipola è quasi sempre preceduta da alcuni fenomeni precursori, come mal'essere, stanchezza, febbre, cefalalgia, anoressia, bocca amara, vomiti, ec. Uno de' fenomeni più distinti e più comuni però, poichè lo si osservava ne' due terzi de' casi, è lo ingorgo doloroso de' gangli linfatici che ricevono i vasi provenienti dalla parte che deve essere colpita da risipola, quantunque la pelle non presenta ancora alcuna modifica distinta nel suo colorito, nella sua spessezza, nella sua temperatura e nella sua sensibilità. Questo ingorgo de' gangli sul quale il signor Chomel à specialmente chiamato l'attenzione, precede di uno, di due o di tre giorni lo sviluppo della risipola. Abbiamo anche veduto molte volte questo sintomo precedere la rossezza di sette, otto ed anche dieci giorni. Il numero de' gangli affetti, il loro gonfiamento, la loro sensibilità, sono generalmente in rapporto alla gravità ed alla estensione che avrà la risipola: questa regola però va soggetta a numerose eccezioni.

La risipola è caratterizzata al suo sviluppo da una rossezza più o meno circoscritta, il cui colorito varia dalla rosa tenera sino al rosso scarlatto o violaceo. Esso sparisce o diminuisce, almeno momentaneamente, mediante la pressione del dito. Al suo livello, la pelle è tesa, lucida, manifestamente spessita e gonfiata, lo che si distingue benissimo col tatto. In

fatti se si fa percorrere il dito su i limiti della rossezza, si sente in questo punto un piccolo bottone. Il gonfiamento può divenire qualche volta considerabile, lo che accade quando la risipola invade una parte in cui il tessuto cellulare è rilasciato, siccome ciò à luogo alle palpebre o alle grandi labbra, o pure anche quando la infiammazione propagandosi al tessuto cellulare sottostante, la risipola addiviene illemmonosa, qualunque possa essere la parte del corpo. La pelle colpita da risipola è la sede di un dolore vivo, distrattivo o pruriginoso che si esacerba sotto la pressione. La temperatura de' tegumenti affetti è aumentata; essa sembra essere più considerabile di quello lo è realmente, poichè non oltrepasserebbe affatto, dicono, se non che 3 o 4 gradi la temperatura normale. I movimenti sono difficili o anche impossibili. Finalmente se la risipola à una certa estensione, si associa a' sintomi generali: quindi avvi febbre spesso intensa, cefalalgia, agitazione e delirio, freddi irregolari, sete, inappetenza, nausea, vomiti, costipazione o diarrea. Però la risipola non rimane quasi mai circoscritta ne' punti primitivamente colpiti (*risipola fissa*); uno de' caratteri più distinti però di questa malattia è la tendenza ad invadere le novelle superficie. Nella maggior parte de' casi, la infiammazione si estende dal luogo vicino ad un altro: la risipola si dice allora *serpeggiante*; può anche invadere successivamente tutta la superficie del corpo, o pure si porta da un punto all'altro più o meno lontano, rispettando le parti intermedie; allora si appella *ambulante*: questo modo di estendersi è più raro. Finalmente succede spessissimo che esaminando al di là de' punti dove la risipola sembra limitata, si veggono qua e là disseminate delle macchie rosse, irregolari, le quali tosto si riuniscono in una sola piastra puramente risipelacea. Sembra che la risipola *universale* non sia stata mai veduta, cioè ricoprendo tutta la pelle in un solo e medesimo istante. I fatti tanto antichi quanto moderni, i quali si citano come esempli di risipola universale non sono concludenti; poichè è facile provare che la maggior parte di essi sono soltanto delle scarlattine sconosciute, o pure delle risipole erratiche ed ambulanti. Dopo aver durato ad un certo grado per quattro o cinque giorni, la superficie si fa pallida, prende una tinta giallastra o violacea; l'epidermide s'increspa; il dolore ed il calore finiscono. La stessa serie di fenomeni si riproduce ne' punti colpiti successivamente, e se fra ciascuna eruzione vi è stato un intervallo di tre, quattro o cinque giorni, si potrà nello stesso individuo studiare la malattia nelle differenti fasi.

Esiti. — La maggior parte delle risipole terminano colla risoluzione, la desquamazione dell'epidermide nella parte affetta. La pelle conserva in seguito per una o molte settimane un colo-

re violaceo : il derma è spessito, edematoso. Ne' casi in cui la risipola à occupato molte volte lo stesso punto, la pelle può conservare per sempre una tinta azzurrognola : la parte rimane pastosa, edematosa : ciò osservasi specialmente ne' vecchi i cui estremi inferiori sono stati molte volte colpiti da risipola.

Si è detto che la risipola può terminare per delitescenza : questi fatti però, i quali d'altronde sono rarissimi, si rapportano piuttosto all'eritema anzichè alla risipola. In questi casi, la risipola scompare bruscamente e per sempre, senza lasciare alcuna traccia della sua esistenza; o pure si riprodurrebbe sopra un punto più o meno lontano (*risipola erratica o metastatica*). Si è pur detto che la metastasi, avendo luogo sopra un organo interno, poteva esser seguita da' più gravi accidenti; l'osservazione però non ancora à giustificato questi timori; poichè la delitescenza, lungi dall'essere la causa di qualche accidente, sembrerebbe anzi essere quasi sempre consecutiva ad una flemmasia di un organo importante. In fine la risipola può essere seguita dalla suppurazione; può anche produrre l'ulcerazione della pelle, con cangrena di questa membrana e dei tessuti sottostanti : questi esiti però sono puramente accidentali, e ne parleremo con più precisione in appresso.

Da ciò che abbiamo detto, si è potuto conoscere che la risipola aveva un corso sempre acuto e continuo o esacerbante. La malattia dopo essere cessata per poco tempo può riprodursi negli stessi punti, sia spontaneamente, sia per qualche imprudenza degli ammalati, come quando si espongono all'aria fredda, o che commettono degli errori dietetici. Però queste ricadute sono poco gravi, poichè allora la febbre è poco intensa, e la malattia dura molto meno lungo tempo che nel primo attacco. In alcuni individui le risipole si riproducono alla fine di un tempo più o meno lontano, qualche volta una o più fiate nel corso dell'anno, e sempre alle stesse epoche (Lorry, Franck). Si dice pure aver veduto alcune volte la malattia ritornare periodicamente a brevi intervalli, e seguire uno de' tipi propri alle febbri intermittenti. La risipola presenta in generale tanta minore intensità per quanto si è riprodotta un maggior numero di volte nello stesso individuo.

Durata. — Tali sono i sintomi e l'andamento ordinario della risipola, la cui durata media è di dodici a quindici giorni per un primo attacco, e di cinque ad otto per le seguenti invasioni.

Varietà. — La risipola però non sempre si presenta con i caratteri che le abbiamo assegnati, mentre la malattia presenta numerose varietà relative, 1.º ai fenomeni locali, 2.º a' sintomi generali o simpatici, 3.º alla sede, 4.º alle sue conseguenze ed a' suoi modi di terminare.

1.^o *Varietà della risipola per rapporto a' fenomeni locali.* — Quando la risipola è molto intensa, si esala un siero sotto l'epidermide che lo solleva. Allora si scoliscono sulla superficie infiammata delle piccole vescichette simili a quelle dell'eczema (*ris: eczematosa o miliare*); altre volte sono delle vesciche o delle ampolle (*ris. flittenoide, pemfigoide, o bollosa*). Il liquido che solleva l'epidermide, lungi dall'essere sieroso, può addivenire lattescente ed anche completamente purulento (*risp. pustulosa*). In fine qualche bolla è ripiena di un sangue nerastro, il quale finisce per disseccarsi, altre volte infiltra il tessuto del derma, e ne' due casi produce allora alla superficie della pelle, delle piastre nerastre, le quali spesso spaventano le persone esperte e le portano a credere la esistenza di una gangrena. Checchè ne sia, le vescichette distese si lacerano, o pure il liquido che esse contengono viene in parte assorbito, il resto si condensa, l'epidermide si aggrinza e si fa duro, e si forma una crosta bianca, o pure grigia o nerastra, la quale cade dopo alcuni giorni. Spesse volte ancora la risipola produce un infiltramento sieroso del tessuto cellulare sottostante: allora chiamasi *edematosa*. In questo caso, la pelle è levicata, lucente; comprimendola col dito, produce una depressione, siccome accade in qualunque parte edematosa. Questa forma di risipola, più comune in quelli di temperamento linfatico e deboli, si osserva specialmente là dove il tessuto cellulare è naturalmente floscio. In fine in moltissimi casi, la flemmasia della pelle si propaga al tessuto cellulare sottostante, ed allora la risipola dicesi *flemmonosa*. In questa forma della malattia, la pelle è più dura e più tesa, la rossezza non sparisce sotto la pressione, la tumefazione delle parti è considerabile, i sintomi generali e simpatici sono più gravi; ed è allora che si vede la malattia seguita da suppurazione o da gangrena.

2.^o *Varietà della risipola per rapporto a' sintomi generali e simpatici.* — Raramente la risipola è affatto apirelica. La mancanza della febbre si osserva soltanto ne' casi in cui la malattia è benigna e circoscritta ad un piccolo spazio. Quasi sempre esiste un apparato febbrile, proporzionato alla intensità ed alla estensione della flemmasia cutanea. Il più delle volte la reazione è manifesta, e si osserva la serie de' sintomi che caratterizzano lo stato infiammatorio. Altra volta si vede l'apparato sintomatico che accompagna le forme adinamiche ed atassiche delle febbri gravi. Questa varietà si osserva specialmente sotto la influenza di certe costituzioni mediche, e quando la risipola si manifesta in individui debilitati dalla età e dalle privazioni, o pure quando la malattia è terminata sopra una grande estensione per suppurazione o per gangrena. In fine una delle

varietà più marcate e più frequenti della resipola è quella che chiamasi *biliosa*, perchè si complica allo imbarazzo gastrico; allora la bocca è amara, e la sete viva; la lingua, la pelle, l'urina sono giallastre: vi sono nausea, vomiti e deiezioni biliose. Questa forma regna spesso in modo epidemico, specialmente negli ospedali e durante le stagioni calde ed umide.

3.^o *Varietà della resipola per rapporto alla sede* — Io non parlerò che della resipola la quale affligge sì comunemente la faccia ed il cuoio capelluto. La resipola della testa sviluppa quasi sempre dalla faccia, specialmente dal naso, dalla fronte o dalla guancia destra; essa si estende poscia più o meno rapidamente al resto del volto ed al cuoio capelluto. Durante i prodromi di questa resipola si osserva specialmente l'ingorgo doloroso de' gangli sottomascellari e di quelli delle parti laterali del collo. Quando tutta la faccia è invasa, gl'individui non si conoscono più; le palpebre distese, ricoprono i globi oculari; le labbra sono contornate, la bocca è semiaperta, l'articolazione de' suoni è difficile o impossibile, il naso è di un enorme volume, le narici sono aride ed ostruite dal sangue e dal muco. Se la flemmasia è invaso le orecchie ed il meato uditorio esterno, i malati provano de' susurri e la sordità. La resipola del cuoio capelluto è raramente primitiva; salvo il caso in cui riconosce una causa traumatica, essa è luogo quasi sempre in seguito ad una resipola della faccia. Il Signor Chomel à bene indicato i fenomeni che la distinguono dalla resipola del cuoio capelluto. Quindi la rossezza manca, almeno è equivoca, o pure si scovre soltanto una leggiera tinta rossa o azzurrognola che tende alcun poeo al color grigiastro naturale del cuoio capelluto. I segni caratteristici però della malattia sono un dolore distrattivo più o meno vivo che si esaspera sotto la pressione: di più, comprimendo questa parte colla punta del dito, produce una depressione la quale è in rapporto dello infiltramento edematoso del tessuto cellulare; questo fenomeno è quasi costante. Torna inutile il dire che ne' calvi la resipola dà una rossezza manifesta simile a quella che à luogo nelle altre parti.

Le resipole della faccia e del cuoio capelluto sono le più gravi, perchè spesso si complicano col delirio, il quale però il più delle volte è piuttosto sintomatico anzichè l'effetto di una flemmasia delle meningi o del cervello: queste ultime complicanze d'altronde sono molto rare. I signori Piorry e Malle l'uno e l'altro anno pubblicato nel 1833, nella *Gazette médicale*, un lavoro per dimostrare che gli accidenti cerebrali che anno luogo nel corso delle resipole della faccia dipendevano specialmente dal perchè la infiammazione si sarebbe propagata al cervello ed alle sue membrane mediante il tessuto cellulare delle palpebre, che àn trovato sempre suppurato. A questa opinione però

si potrebbe opporre il fatto comunissimo ad essere osservato di ascessi delle palpebre in certi individui senza che il delirio ed il coma abbiano mai avuto luogo. D' altronde risulta da' travagli de' signori Piorry e Malle che, ne' casi in cui anno luogo accidenti cerebrali durante la vita, ed ove si trovò dopo la morte la suppurazione del tessuto cellulare dell' orbita, il cervello e le membrane erano quasi sempre intatti, dal che ne siegue non essere esistita la trasmissione dell' uno all' altra, ma solamente effetto simpatico e di semplice vicinanza.

4.^o *Varietà per rapporto a' modi di terminare.* — Abbiamo veduto che la risoluzione non era il solo modo di terminare della risipola; che questa poteva essere seguita da suppurazione, da cangrena e da ulcerazione. La suppurazione può aver luogo alla superficie della pelle: in questo caso, l' epidermide è sollevato da un pus anzichè dal siero. Questo però è un fatto poco importante: non però così avviene quando il pus si forma nel tessuto sottocutaneo, dove il liquido è infiltrato o sparso. Questo modo di terminare à raramente luogo in tutta la estensione della parte risipelatosa; il più delle volte è parziale; quindi alla faccia, si osserva quasi sempre esclusivamente alle palpebre. La suppurazione è anche uno degli accidenti più gravi della risipela del cuoio capelluto: in questo caso si è veduto il pus scollare il pericranio sopra una grande superficie, cariansi le ossa, necrosarsi ed il tessuto cellulare cadere a guisa di lembi. In mezzo a questo disordine, la pelle rimane il più delle volte intatta e non si mortifica come lo farebbe la pelle delle membra se fosse largamente denudata. Dupuytren à spiegato questo fatto importante per la disposizione delle arterie, le quali serpeggiando, nel cranio, tra l' aponevrosi e la pelle, sono intimamente aderenti a quest' ultima, in modo che esse continuano ad alimentare questa membrana, anche quando il tessuto cellulare sottostante è stato distrutto. Al contrario in qualunque altro punto, quando la suppurazione à disorganizzato il tessuto cellulare sotto cutaneo, i vasi che lo attraversano sono essi stessi lacerati, obliterati, distrutti, la pelle allora cessando di essere alimentata, è colpita da cangrena. Non abbiamo mai veduto i gangli suppurati, anche quando erano stati molto gonfi e molto dolorosi,

La cangrena non è sempre prodotta dalla intensità della flemmasia, ma risulta spesso dallo stato generale cachettico degli individui; perciò è frequente ne' vecchi, ne' neonati ed in quelli deboli. La mortificazione può colpire primitivamente il tessuto cellulare e la pelle: in quest' ultimo caso ordinariamente la cangrena si sviluppa nel centro di una flittene. La cangrena è un accidente frequente quando la pelle che la risipela invade è sottile, fina, e quando è raddoppiata da un tessuto cellulare

floscio: ciò osservasi per esempio nella risipola della palpebra, in quella dello scroto, della verga e delle grandi labbra, specialmente nelle giovanette.

Se la suppurazione e la cangrena sono limitate, non à luogo alcun' accidente grave; ma se esse occupano una grande estensione, allora si vede l'apparato sintomatico che caratterizza gli stati adinamico ed atassico.

Finalmente la ulcerazione è l'esito più raro della resipola; si osserva soltanto in certe condizioni gravi della economia. L'ulcerazione succede ora ad una fittene, ad una pustola o alla caduta di un escara. Nello stesso individuo si possono osservare contemporaneamente molte di queste conseguenze, lo che osservasi specialmente per la risipola della faccia, la quale spesso stabilisce la suppurazione nelle palpebre, la cangrena nelle orecchie, mentre in qualunque altro luogo la malattia termina colla risoluzione.

Diagnosi. — Si potrà predire lo sviluppo prossimo di una risipola, ogni qual volta un individuo presenterà per ventiquattro o quarant'ott'ore del mal'essere, della febbre ed un ingorgo doloroso de' gangli linfatici sotto mascellari e cervicali. In fatti se non esiste nella bocca e nella gola alcuna lesione che potesse spiegare questi fenomeni, si può quasi con certezza annunziare che una risipola sta per svilupparsi sopra un punto qualunque della faccia o del cuoio capelluto. Una volta manifestata la risipola, sarà facilmente riconosciuta, e non potrà essere confusa col morbillo o la scarlattina, nè colla rosolia nè coll'eczema; nè coll'eritema, nè pure colla semplice rossezza prodotta dalla insolazione o da un senapismo, ec. In fatti quest'ultima rimane circoscritta alla pelle sulla quale si è sviluppata, e non guadagna le parti vicine come succede nella risipola. Oltre a che, la rossezza è superficiale, e la pelle non è indurata nè spessita. Queste differenze si applicano ancora all'eritema semplice, il quale il più delle volte è disposto sotto forma di macchie o di piastre, mentre la risipola occupa comunemente una larga superficie. L'eritema nodoso non potrebbe far confondere una risipola flemmonosa, in ragione dello spazio circoscritto, dello aspetto e della forma curva della tumefazione.

Pronostico. — Quando la risipola si sviluppa in individui validi, raramente à un esito funesto, anche quando invade successivamente tutta la superficie del corpo. D'altronde a cose eguali, quella che occupa contemporaneamente la faccia ed il cuoio capelluto è più pericolosa. La estensione della flemmasia al tessuto cellulare, la suppurazione diffusa, la cangrena, i sintomi adinamici ed atassici, sono altrettante circostanze che debbono aggravare il pronostico. Finalmente, la risipola che à luogo nel corso di un'altra malattia, anche quando è poco inten-

sa, è quasi sempre una circostanza pericolosa; poichè se non è tanto grave da produrre la morte, indebolisce almeno talmente gli ammalati che accelera l'esito fatale: ciò osservasi specialmente nella febbre tifoidea e nella maggior parte delle malattie croniche. La resipola è una malattia egualmente gravissima ne' neonati, in ragione della debolezza degl' individui, delle complicità viscerali e della frequenza della cangrena: quindi è che su quaratacinque casi di resipole osservate da Billard, da Bang e da Oesterleben, trentuno anno avuto un esito funesto. I signori Paolo Dubois, Moreau, Lebreton, Trousseau, dicono non aver ancora osservato alcun caso di guarigione nei primi mesi della esistenza. La risipola, negl' individui più avanzati in età, può essere qualche volta utile, modificando il corso di alcune affezioni croniche e ribelli della pelle: non è però raro che abbia luogo il contrario.

Pel pronostico e per la terapeutica importa moltissimo determinare se la resipola tende ad estendersi sulle altre parti, o se rimarrà stazionaria per decrescere poscia. La considerazione dello stato generale, e specialmente la diminuzione della febbre, possono fornire qualche speranza: però bisognerà specialmente fondarsi sullo aspetto dell' esantema. Se la resipola offre una rossezza viva, e se *a' limiti di questa rossezza la pelle gonfiata forma un rilievo sensibile*, si può predire che la resipola non è ancora invecchiata, e che fra poco invaderà le parti vicine, qualunque cosa si potesse operare. Quando poi, l'intensità della rossezza diminuisce, e che verso la circonferenza esistono soltanto alcune macchie rosse irregolari, bisognerà credere che la malattia è circoscritta.

Etiologia. — Tutti i punti della pelle possono essere colpiti da resipola; nessuna parte però è tanto soggetta quanto la faccia; può anche dirsi che questa è per se sola più soventi volte affetta da resipola di quel che lo sono tutte le altre parti del corpo riunite. Questa predisposizione però di tale o tale parte ad essere specialmente affetta da resipola varia nelle differenti età della vita: quindi ne' ragazzi, la resipola del tronco è più comune: nel neonato, si manifesta sempre nelle vicinanze dell' ombelico, lo che spiegasi per la infiammazione e la suppurazione di questa parte; ne' vecchi poi, si osserva più spesso la risipola nelle membra inferiori; nella gioventù e nello adulto, è la risipola della faccia che predomina. Questa è quasi sempre primitiva: è cosa rara che si sviluppi soltanto in seguito della estensione di una resipola nata in un punto più o meno lontano, il contrario à luogo pel cuoio capelluto. La resipola si osserva in tutte le età della vita; però secondo i calcoli di Neuman, la malattia presenterebbe il suo maximum di frequenza tra venti a quarantacinque anni. Le statistiche di G.

Frank, de' signori Chomel e Louis e le nostre osservazioni, si accordano per provare che la risipola della faccia è più frequente nella donna che nell'uomo. Se le costituzioni ed i temperamenti prendono parte allo sviluppo della risipola, questa influenza è sconosciuta, mentre queste circostanze influiscono certamente sulla forma della malattia, la quale è puramente infiammatoria in quelli di temperamento sanguigno, e piuttosto edematosa negl'individui deboli. Nulla si conosce di preciso sulle circostanze igieniche che predispongono alle risipole: tutto ciò che si è detto degli effetti prodotti dagli alimenti aromatici, dalle bevande fermentate, ec., deve accettarsi solamente siccome semplici assertive. S'ignora pure l'influenza de' climi ed anche delle stagioni; poichè se G. Frank considera le risipole siccome più comuni nel verno, i signori Chomel e Blache le credono al contrario più frequenti nella primavera e specialmente nell'autunno. Di tempo in tempo si veggono regnare le risipole in gran numero, e addivenire epidemiche sotto la influenza delle costituzioni atmosferiche molto diverse. Underwood, i signori Paolo Dubois e Moreau hanno notato la frequenza della risipola ne' neonati durante le epidemie della febbre puerperale. Sembra allora, dice il Signor Trousseau, che la stessa influenza la quale uccide le madri gravide invecchia su i figli. In alcuni luoghi in cui la risipola regna, se non abitualmente, almeno è molto frequente, in modo che può essere considerata siccome endemica. Sono state distinte specialmente certe sale di Ospedale: quindi è che la sala Saint-Côme dell' Hôtel-Dieu di Parigi prima di essere ristrutturata, era celebre per le risipole che vi si osservavano quasi endemiche.

Non cade dubbio che nella maggior parte de' casi, la risipola si sviluppa senza il concorso manifesto di alcuna causa determinante. Altre volte poi la malattia è consentiva all'azione di una causa materiale, come una insolazione, una soluzione di continuo, degli strofinii, l'irritazione troppo forte di un esulorio, ec. Senza però negare l'influenza che queste cause esercitano, si può quistionare, io penso, che esse non possono agire se non che in ragione di una predisposizione antecedente della costituzione, poichè queste condizioni sono spesso esistite molte volte nello stesso individuo senza produrre i medesimi risultati. Bisogna dunque riconoscere che, nel caso speciale in cui sono state seguite da una risipola, una causa sconosciuta qualunque e esistita, la quale altro non è se non che la predisposizione. Le cause occasionali possono sollecitare lo sviluppo della malattia, fissarla sopra tale o tale punto della pelle anzichè sopra un tal altro: però solamente a ciò si limitano i loro effetti. Questi principi sono esattamente quelli che professa il Signor Chomel; noi gli adottiamo completamente, e crediamo

con lui, che la resipola non è mai il risultato di una causa esterna, o almeno, se qualcuna di esse concorre alla sua produzione, essa non è che una parte secondaria al suo sviluppo: essa suppone il concorso di una causa interna, di una disposizione particolare che non conosciamo affatto.

Cura. — Contro la resipola sono stati raccomandati moltissimi medicamenti e diversi svariati metodi, dall'aspettazione sino alle medicature più attive: la terapeutica però dovrà variare secondo le forme che la malattia presenta. Quando la risipola è benigna, quando è accompagnata da febbre poco intensa, quando si riproduce in un individuo che ne è stato molte volte colpito, si potrà impiegare un metodo quasi aspettante. Gli ammalati saranno collocati in una dolce temperatura: la parte flogosata sarà situata nella posizione più favorevole per favorire la circolazione venosa: si amministreranno le bevande dolci, acidole; in generale tornerà utile unire a questi mezzi l'uso di qualche rivellente applicato sulla pelle (sinapismi, piediluvi) e sul tubo digestivo (lassativi). In questo caso è permesso l'uso di una medicina poco attiva ed anche aspettante. Non sapremmo però approvare, in questo caso, coloro i quali hanno voluto applicare indistintamente il metodo di aspettazione nella cura di tutte le risipole. La quotidiana osservazione dimostra in fatti, che, quando la malattia affetta un individuo nella forza dell'età, e che si accompagna ad una viva reazione febbrile, quando in fine il polso è largo, duro, sviluppato, è cosa utile o piuttosto urgente praticare uno o anche molti salassi. Queste emissioni sanguigne modereranno la febbre, forse limiteranno la risipola; però non bisogna sperare che potessero arrestarla bruscamente, e neppure abbreviarne la durata; in fatti ciò risulta dalle ricerche del Signor Louis, delle quali abbiamo verificato la esattezza.

Nulla diremo del Signor Bouillaud, quantunque pretenda aver guarito le risipole *con una facilità ed una sorprendente rapidità* (testuale), applicando loro la formula de' salassi l'uno sopra l'altro; poichè consultando i tre esempi di risipola pubblicati dall'autore nella sua *Clinique*, e che egli ha trattati secondo il suo metodo, si vede che in un caso, la risipola a percorso una parte del corpo ed è durato ventuno giorni (osservazione 3.^a) in un'altra (oss. 4.) non è potuto impedire la formazione di molteplici ascessi: la malattia ha perdurato per trentacinque o quaranta giorni, ed otto mesi dopo l'ammalato non ancora avea abbandonato l'ospedale; in fine, nel caso il più favorevole, la durata della risipola fu di tredici a quindici giorni. Per completare questi risultati, diciamo che i tre malati del Signor Bouillaud, estenuati da' salassi e dalla malattia, divennero completamente anemici. L'esperienza de' secoli si è

da lungo tempo pronunziata contro l'uso de' salassi abbandonati nella cura delle risipole; perchè le perdite del sangue favoriscono lo sviluppo degli accidenti atassici, prostrano le forze, che bisogna sostenere, specialmente quando la risipola tende ad estendersi, a divenir vaga, poichè la sua durata è allora indeterminata.

Quando i salassi sono indicati, bisogna preferire il salasso generale alle sanguisughe, le quali presentano molti inconvenienti: quindi applicate sulla risipola, spesso la rendono flemmonosa, e se si applicano nella vicinanza, le morsicature sono spesso il focolare, il punto di partenza di una novella risipola, se d'altronde l'individuo vi è predisposto o se si osserva in tempo di epidemia.

Crediamo che per regola generale bisogna astenersi da tutti i topici che sono stati consigliati, sia per moderare l'infiammazione della pelle, sia per limitarla nel punto che occupa. Quando però avvii molta tensione, quando la flemmasia guadagna il tessuto cellulare, pensiamo essere cosa utile collocare la parte affetta in un bagno prolungato, e circondarla di cataplasmi di fecola di patate mediocramente caldi. Questi due mezzi sono impraticabili o incomodi nella risipola della faccia. Sono stati molto vantati i fomenti freddi, astringenti; la canfora in polvere unita o pur no alle cantaridi, l'alcool canforato allungato coll'acqua, con un miscuglio di basilico, e di olio essenziale di terebentina (linimento di Kentisch), di una soluzione di nitrato di argento, del protosolfuro di ferro sotto forma di bagnature (30 gramme per ciascun litro di acqua) o sotto forma di pomata (8 gramme con 32 di sugna); in fine anno pur anche consigliato l'uso del cauterio attuale e della moxa; nessuno però di questi mezzi hanno la efficacia che loro si attribuisce, e la maggior parte sono pericolosi. Per molti anni, il vescicante applicato nel centro istesso della risipola, a goduto una grande fiducia in Francia. Si conosce che questo metodo, antico di due secoli, raccomandato da Petit di Lyon, fu adottato da Dupuytren, il quale lo considerava siccome efficacissimo. Consultando però i fatti da me raccolti alla clinica istessa di questo gran maestro, mi son convinto che il vescicante non aveva il potere nè di circoscrivere la risipola nè di abbreviarne la durata. È certo però che non è mai osservato alcun accidente risultare dall'applicazione di uno o molti vescicanti sulle parti della pelle che erano più infiammate, e che questi esutori non hanno lasciato alcuna traccia dietro di essi.

In questi ultimi tempi anno anche preconizzato contro le risipole le unzioni coll'unguento mercuriale: oggi però è conosciuto che la maggior parte delle guarigioni attribuite a questo medicamento debbono unicamente riportarsi al corso natu-

rale della malattia. D'altra parte noi consideriamo questa medicatura siccome pericolosa, e vogliamo che sia allatto prescritta; poichè spesso produce le incommode salivazioni interminabili, e due volte mi è stato dato osservare la vita degli ammalati in pericolo in conseguenza di un gonfiamento enorme della lingua, la quale impediva la deglutizione e rendeva incomoda l'entrata dell'aria. Alcuni hanno consigliato pur anche le unzioni della sugna semplicemente preparata. Questo mezzo, che abbiamo veduto impiegare dal Signor Martino Solon, ci è sembrato in fatti atto a diminuire la sensazione del bruciore e della tensione delle parti affette; in generale però questo sollievo è di brevissima durata. Ignoro ancora che cosa debba pensarsi della pomata del nitrato di argento (10 gramme con 40 di sugna), vantata dal Signor Jobert, per diminuire la tensione dolorosa della risipola ed anche per limitarla. Per terminare infine faremo parola della compressione siccome un mezzo efficace consigliato nella risipola. Tornerebbe però pericoloso impiegarela quando la flemmasia è ancora intensa; la pressione è realmente utile quando la malattia è nella declinazione, quando il derma rimane spessito ed il tessuto cellulare edematoso.

Tra i mezzi i quali sono stati raccomandati per limitare le risipole, si distingue specialmente la cauterizzazione col nitrato di argento, ed i vescicanti. In fatti si è detto che cauterizzando largamente la pelle con un lapis di nitrato di argento allo intorno della risipola, o pure applicando su i bordi dello esantema un vescicante di alcuni centimetri di larghezza, si circoscrive la malattia e s'impediva che invadesse novelle parti. Noi però consideriamo questi mezzi siccome sforniti della efficacia che loro si attribuisce. Se alcuni medici hanno prestato fede alla potenza de' vescicanti e degli escarotici per circoscrivere la malattia, si è per avere attribuito a questi agenti terapeutici ciò che non era se non che lo effetto del corso naturale della malattia. Quindi, quando si cauterizza o si applica un vescicante attorno ad una superficie resipelatosa, la cui periferia offre una rossezza più viva, mal circoscritta, qualche volta disseminata a guisa di piastre, e senza rilievo del derma, non deve recar nessuna sorpresa se la malattia non oltrepassa i limiti che le sono stati tracciati; poichè a' caratteri che abbiamo indicati, bisogna sospettare che la risipola tende ad arrestarsi spontaneamente. Per valutare il grado di efficacia de' mezzi di cui è parola, bisogna applicarli *esclusivamente*, siccome noi stessi l'abbiamo praticato mille volte, all'intorno delle risipole le quali, ben circoscritte, rosse, dure e presentanti de' rilievi alla loro circonferenza, mostrano tutti i caratteri esterni i quali indicano che la malattia non è invecchiata, e che tende ad invadere novelle superficie. Ora sostenevamo che il vescicante o la

cauterizzazione impiegati in queste circostanze sono senza effetto, e non impediscono che la resipola potesse estendersi più oltre. Il Signor Requin à pure conosciuto l'inutilità dell' azotato di argento per limitare le resipole.

La resipola può anche presentare alcune indicazioni speciali a doversi compiere, secondo la natura delle sue complicanze: quindi i segni d'imbarazzo gastrico saranno combattuti cogli evacuanti; in certe costituzioni epidemiche, basta alcune volte obediare soltanto a questa indicazione per vedere modificare rapidamente il corso della malattia. Se la prostrazione è grande, il polso piccolo, depresso, bisognerà sostenere le forze mediante i tonici ed i cordiali; in fine se il delirio si manifesta, se ne investigherà la causa. Se dipende da intensità della resipola o da una flemmasia delle meningi, s'insisterà sugli antiflogistici. Se coincide coll'adinamia, si amministreranno i tonici; in fine, se il delirio è lo effetto di un semplice pervertimento nervoso, si tenterà l'uso degli antispasmodici, specialmente del muschio o della canfora unito al nitro ed all'oppio. Vi sono ancora alcune indicazioni speciali, secondo il modo di terminare della malattia. Quindi una raccolta purulenta si è essa formata, bisogna procurarne l'uscita. Se la resipola termina colla cangrena, si solleciterà la caduta dell'escara, mediante i cataplasmi emollienti, se la mortificazione è lo effetto della intensità della infiammazione: se la cangrena dipende dalla debolezza o da uno stato cachetico, si curerà con i topici eccitanti, come lo storace, la china, il cloro. Finalmente, nella resipola ulcerosa, bisogna mantenere la nettezza, si ungeranno le soluzioni di continuo col cerato, e se la ulcerazione progredisce di molto, si potrebbe sperimentare la cauterizzazione per circoscriverla.

Tutti i mezzi che abbiamo enumerati, compresa la cauterizzazione col ferro rovente, sono riusciti vani sinora nella resipola del neonato.

In fine bisogna prendere alcune precauzioni secondo che la resipola affetta tale o tale parte del corpo. Quindi se la malattia occupa la faccia, bisogna sollecitamente togliere gli orecchini, poichè la costrizione che essi producono potrebbe produrre la cangrena del lobulo se la resipola si estendesse sino a questa parte. Nella resipola della vulva, bisognerebbe frappare tra le piccole e le grandi labbra un cuscinetto di filaccia o di tela fina, per prevenire le aderenze che qualche volta si stabiliscono tra queste parti in seguito della corrusione o della loro ulcerazione.

Vi sono degl'individui molto disposti alle risipole, i quali contraggono questa malattia a certe epoche più o meno deter-

minate, ed allora non esiste alcun mezzo per poterla prevenire. I bagni, le bevande acidole, temperanti, gli aperitivi, gli amari, i purganti consigliati in questi casi, raramente producono quegli effetti che alcuni ne attendono.

Natura. — Molto si è discusso o piuttosto sognato sulla natura della risipola, la quale è stata considerata per lungo tempo siccome il prodotto del ristagno o dell'alterazione della bile. Non può rinvocarsi in dubbio però che la risipola sia una flemmasia cutanea; però è dessa una semplice infiammazione, o pure l'alterazione della pelle sarebbe soltanto uno de' sintomi d'uno stato generale? Nello stato attuale della scienza torna impossibile poter rispondere a questa quistione: diremo però con i signori Chomel e Blache, che considerando la mobilità della risipola, il disturbo delle funzioni digestive, la sproporzione che spesso esiste tra i sintomi generali e la poca estensione della flogosi cutanea, finalmente la insufficienza de' mezzi antiflogistici e lo sviluppo quasi sempre spontaneo della malattia, si sarà autorizzato a pensare che i fenomeni infiammatori de' quali i tegumenti sono la sede non costituiscono affatto tutta la malattia. Però non crediamo, con Rust, che la risipola si potesse considerare siccome una vera febbre esantematica.

INFIAMMAZIONI VESCICOLARI

Le malattie di questo gruppo sono caratterizzate dalla formazione di vescichette. Si dà questo nome a certi piccoli tumori formati dal sollevamento dell'epidermide, e ripieni di un liquido sieroso e trasparente. Il siero può essere assorbito: altre volte si sparge alla superficie della pelle in conseguenza della rottura del tumore, e disseccandosi forma delle lamine o delle croste sottili e giallastre; altre volte la pelle è escoriata o ulcerata. Bisogna distinguere due specie di vescichette: le une sono precedute da roschezza più o meno viva, e la loro base è più o meno infiammata; le altre poi si sviluppano primitivamente senza lesione antecedente della pelle. Nel primo gruppo si trova la varicella, alcune specie di erette, l'idrargiria, la febbre miliare e la scabbia; nel secondo sono i sudamina e l'eczema. Abbiamo già parlato della varicella, e della febbre miliare. rimandiamo l'istoria della scabbia alle malattie prodotte dagli animali parassiti, quella dell'idrargiria alle malattie mercuriali; qui dobbiamo solamente occuparci dell'erpete e dello eczema.

DELL' ERPETE

La parola *erpete*, impiegata per lungo tempo siccome sinonimo d' *empetigine*, è stata consacrata dopo Willan e Batman, per indicare un gruppo di malattie cutanee, caratterizzate dallo sviluppo di un numero più o meno considerabile di vescichette riunite in gruppi sopra una base infiammata, e separate mediante alcune porzioni di pelle allatto intatte. Questa malattia, il cui andamento è acuto e la durata molto breve, è quasi sempre senza pericolo. Se ne distinguono molte specie; le loro differenze dipendono: 1.° dalla sede (*herpes labialis e preputialis*) 2.° dalla disposizione de' gruppi vescicolari (*herpes phlyctenoides, Zoster, circinnatus*); 3.° dal colorito del lembo che le circonda (*herpes iris*); 4.° dall'alterazione de' capelli (*herpes tonsurant*). Quest' ultima varietà deve ammettersi soltanto per riserva.

A. Varietà per la sede.

1.° *Herpes labialis*. — Si conosce che in seguito delle febbri efimere, catarrali ed alcune malattie acute, come la pneumonia, o anche in seguito della impressione del freddo e del contatto di certe sostanze irritanti, si sviluppano sulle labbra ed intorno alla bocca de' gruppi più o meno numerosi di vescichette. Questa eruzione occupa ordinariamente un labbro soltanto, ed anche una sola parte di esso; raramente guadagna le guance, il naso ed il mento. Le vescichette possono svilupparsi esclusivamente sulla pelle delle labbra o sopra il bordo libero; il più delle volte però esistono al punto di riunione della mucosa labiale e della pelle.

L' *herpes labialis* si manifesta ora in un subito; altre volte e preceduto durante alcune ore da rossezza, da tumefazione e da color scottante. Tosto si veggono delle vescichette pendenti: il liquido, dapprima trasparente, addi viene torbido alla fine di ventiquattro a quarantott' ore, e sin dal quarto al quinto giorno, le vescichette, delle quali le più grosse anno a pena il volume d' un pisello, si rompono, ed allora si formano alcune croste giallastre. Questa eruzione è spesso critica. Non richiede quasi mai alcuna cura, se però è accompagnata da calore e da dolori troppo vivi, si praticeranno alcune bagnature con acqua fresca, alla quale si unirà qualche goccia di sotto acetato di piombo liquido.

2.° *Herpes preputialis*. — Delle vescichette erpetiche si sviluppano frequentemente sulla pelle e sulla mucosa del prepuzio; ora esse sono spontanee, altre volte precedute da macchie ros-

se della larghezza di mezza piastra o di un franco. Il corso della malattia varia secondo la sede che occupa: se le vescichette si sviluppano sulla superficie cutanea, il liquido si fa torbido rapidamente: le vescichette si appassiscono dopo tre, quattro o cinque giorni; in fine si formano delle piccole squame o pure un trasudamento, e tutto finisce dopo un settenario. Le vescichette le quali hanno sede sulla mucosa risvegliano maggiori cuociori; il loro sviluppo è accompagnato da calore e da un prurito incomodo, sono estremamente sottili; verso il quarto giorno il liquido si fa torbido; l'epitelio s'infrange, e lascia allo scoperto una piccola escoriazione color di rosa e superficiale, alcune volte di fondo biancastro, con i bordi alquanto protuberanti, e la cui cicatrizzazione può tardare per sette o otto giorni. Bielt ha osservato qualche volta l'*herpes præputialis* nello stato cronico: in questo caso le eruzioni sono successive le quali finiscono per rendere la pelle del prepuzio aspra, rugosa, indurata; in fine questa si screpola sotto le menome contrazioni che si operano su di essa.

Herpes pudendi. — La vulva, le piccole labbra, la faccia interna delle grandi, il vestibulo e l'osculo vaginale sono alcune volte la sede di un erpete simile a quello che abbiamo descritto sul prepuzio: qualche volta avvi una vasta esulcerazione che occupa una gran parte della vulva, che dà un senso di cuociore o di scottatura che si aumenta durante il cammino e la emissione della urina quando questo liquido bagna le superficie animalate.

Diagnosi. — Nello sviluppo, quando esistono due o tre vescichette che si sono manifestate sopra una base infiammata, e che sono la sede di un cuociore e di un prurito, torna impossibile poter dire se sia un erpete o un cancro sifilitico che si sviluppa; il dubbio però tosto scompare. In fatti, l'ulcerazione sifilitica si distingue per la sua profondità, per la cotenna densa e bianca che ricopre la sua superficie e per i suoi bordi indurati e rilevati; mentre che la ulcerazione erpetica offre delle condizioni affatto opposte. Essa è superficiale, più o meno irregolare, senza induramento nè all'intorno nè alla sua superficie; questa è rossa o grigiastra. Questa ulcerazione non è mai insensibile e non produce ingorghi nell'inguine siccome ciò à spessissimo luogo nel cancro. Se non esistessero che le squame, non si crederebbe ad una sifilide, atteso che questa produce delle croste dense, dure e nerastre.

Etiologia. — L'erpete del prepuzio affetta soltanto gli adulti ed i giovani: la mancanza della nettezza, il coito con donne sporche, gli strofini sopra vestimenti grossolani, sono le cause principali della malattia. Nella donna l'erpete della vulva assale specialmente quelle che trascurano qualunque nettezza, ed è frequen-issima negli ultimi mesi della gravidanza.

Cura. — Si laverà il prepuzio con una decozione di altea con alcune gocce di estratto di saturno: quando esiste una ulcerazione, lo si coprirà di filaccica. L' erpete cronico richiede le lavande alcaline, i bagni di vapori alcalini, solforosi ed alcuni lassativi: bisogna impedire la chiusura del prepuzio. L' operazione della fimosi o la circoncisione possono qualche volta addivenir necessarie. I signori Ricord e Diday hanno consigliato contro l' *herpes preputialis* la medicatura sostitutiva col nitrato di argento; quindi applicano sul punto affetto alcuni cuscinetti di filaccia imprégnata due volte al giorno in una soluzione di nitrato di argento (1 gramma di sale sciolto in 30 di acqua).

B. *Varietà per la forma.*

1.* *Zona o Zoster.* — L' erpete zoster o zona è caratterizzato da gruppi più o meno numerosi di vescichette, le quali hanno sede sur una base infiammata ed occupano soltanto una delle metà del corpo.

Sintomi. — La zona è spesso preceduta da prodromi, come mal' essere, oppressione, diversi disturbi degli organi digestivi. Tosto tutta la pelle in cui l' eruzione sta per manifestarsi, tra le dodici o le ventiquattr' ore che la precedono addivien la sede di cuociore, di pizzicore e di scottatura. L' eruzione incominciando con macchie rosse irregolari, presenta i caratteri dell' erpete: in fatti sono tanti gruppi generalmente discreti, e qualche volta confluenti formati da vescichette piane e violacee, che stabiliscono la loro sede sopra un punto infiammato e separate da porzioni di pelle sana. Questa eruzione è sempre circoscritta ad una metà del corpo: in generale si osservano sul ventre, o pure sul petto, dove forma una semi cintura di 3 a 5 centimetri di larghezza: meno frequentemente à sede sulle membra; più raramente ancora si sviluppa sul collo o sopra una metà della faccia e del cuoio capelluto. La malattia occupa il più delle volte il lato destro anzi che il sinistro, e ciò nel rapporto di 19 ad 1 secondo i signori Cazenave e Schedel, ed in quello di 37 a 16 secondo il Signor Rayer. In alcune, le vescichette acquistano il volume di una lenticchia o di un grosso pisello; addiventano opache alla fine di cinque a sei giorni: la rossezza diminuisce nello stesso tempo. Tra le vescichette, alcune si appassiscono atteso lo assorbimento del liquido, altre si screpolano e lasciano allo scoperto il corpo mucoso escoriato: in fine nella maggior parte de' casi, delle croste giallastre e sottili hanno luogo. Quando queste cadono, si trova la pelle che esse ricoprivano brunastra e violacea; alcune altre volte lasciano allo scoperto delle escoriazioni, o piuttosto delle ulcerazioni le quali si cicatrizzano molto lentamente, e lasciano

delle macchie indelebili; infine, ne' vecchi deboli, si è veduto che la pelle che era la sede della eruzione, era stata colpita dalla gangrena. L' eruzione de' gruppi di vescichette essendosi formata successivamente, spesso a molti giorni di distanza, ne siegue che può osservarsi sullo stesso individuo la malattia pervenuta a differenti fasi. La durata della zona varia tra uno e tre settenari; essa non passa mai allo stato cronico.

Questa malattia non si accompagna mai a gravi accidenti. Nel periodo il più acuto, i malati soffrono delle punture; il bruciore, il calore ed un senso di scottatura nelle parti affette; i patemi sono qualche volta tanto acuti da impedire completamente il sonno. Spesso avvi un mediocre apparato febbrile, inappetenza, sete, costipazione, alcun poco di diarrea; in fine, durante la convalescenza, alcuni ammalati si lagnano di punture dolorose ne' punti che sono stati la sede della malattia: questi dolori, i quali alcune volte durano in modo indefinito, sembrano dipendere da una nevralgia de' nervi intercostali.

Diagnosi. — Il carattere vescicolare della malattia, le vescichette disposte a gruppi, che hanno sede esclusivamente sopra una metà del corpo, formano una riunione di caratteri i quali appartengono esclusivamente alla zona.

Pronostico. — La zona non è quasi mai grave, eccetto però i casi rarissimi in cui la malattia è seguita da gangrena.

Etiologia. — La zona affetta il più delle volte gli uomini, i giovani, quelli che hanno la pelle bianca; essa è più frequente nelle stagioni calde ed umide; qualche volta si è osservata epidemica.

Cura. — Il riposo, i bagni tiepidi, le bevande acidole, i preparati di oppio se il bruciore impedisce il sonno, sono i soli mezzi che in generale conviene d'impiegare. Bisognerà astenersi dall'uso de' topici e specialmente da' cataplasmi, perchè favoriscono le ulcerazioni. Hanno consigliato la cauterizzazione delle vescichette col nitrato di argento; questo metodo però non presenta alcun vantaggio, e specialmente non abbrevia la durata della malattia. Se le ulcerazioni succedono alla caduta delle croste, si spalmano col cerato oppiato e di saturno; in fine i dolori nevralgici i quali perdurano durante la convalescenza cedono quasi sempre all'uso de' vescicanti.

2.^o *Herpes circinnatus.* — L' erpete circinnato è caratterizzato da piccolissime vescichette, che hanno sede sopra un fondo rosso e forma degli anelli o de' cerchi esalti il cui centro è intatto.

Sintomi. — Una rossezza, la quale può avere l'estensione di un franco soltanto, altre volte avendo il diametro di 5 o 6 centimetri, di forma rotonda o ovale, meno colorita al centro che alla periferia, costituisce il primo grado della malattia.

Tosto la circonferenza si covre di piccolissime vescichette globulari: il liquido che queste contengono, dapprima trasparente, si fa torbido in seguito; la disseccazione à luogo più tardi; in fine succede la caduta delle croste. Allora la malattia è terminata, e non rimane che una rossezza viva, che scompare lentamente. Il centro dello anello, dove non si osservano mai delle vescichette, ma che però è stato la sede di una rossezza più o meno viva, si disquama alcune volte.

L'herpes circinnatus, è una malattia benignissima, e produce soltanto alcun poco di cuociore e di prurito; la sua durata media è di otto giorni a dieci; se però esistono molti anelli, e si sono sviluppati successivamente, la malattia può prolungarsi per due o tre settenari.

Diagnosi. — In generale la diagnosi non può presentare alcuna seria difficoltà. Vedremo in seguito che se lo aspetto della eruzione erpetica le dà in certi periodi qualche rassomiglianza colla lepra, col *lichen circoscriptus*, e con la *prorriga scutulata*: vi è però ne' caratteri esterni di queste affezioni molto rassomiglianza, perchè un occhio perspicace le distingue facilmente.

Etiologia. — L'*herpes circinnatus* assale specialmente i ragazzi ed i giovanetti, le ragazze bionde la cui pelle è fina e bianca vi sono più predisposte. Gli anelli erpetici possono svilupparsi su tutte le parti del corpo; ma si veggono specialmente sulle guance e sul mento.

Cura. — Le lavande alcaline o leggermente astringenti coll'allume, il solfato di zinco ed il sotto acetato di piombo sono i soli mezzi che convengono nella cura di questa leggiera affezione.

3.° Herpes phictenode. — Si dà il nome di *erpete flittenoide*, *flittenode* o *miliare* ad una eruzione di vescichette agglomerate in maggiore o minor numero sopra una superficie infiammata, disposta a guisa di piastre più o meno irregolari.

Sintomi. — Ne' punti in cui la eruzione deve svilupparsi, si vede dapprima un certo numero di piccoli punti rossi quasi impercettibili, aggruppati e ravvicinati tra loro. L'indomani, questa superficie più o meno irregolare, e variando per la estensione da quella di un franco sino a quella della palma della mano, è ricoverta da vescichette dure, piccolissime per la maggior parte: alcune però acquistano il volume di un pisello. Perfettamente trasparenti allo sviluppo, esse si fanno torbide rapidamente, e spesso dopo dodici o ventiquattr'ore a contare dalla formazione, il liquido che contengono è già lattescente. Verso il terzo giorno, l'eruzione si appassisce; all'ottavo, è completamente abbassata; in oltre si osservano delle croste, e qua e là alcune ulcerazioni superficiali. Finalmente dal dodicesimo al quindicesimo giorno, qualche volta più presto, altra volta

più tardi, la guarigione è completa, e non rimane della eruzione se non che un colorito rossastro della pelle il quale sparisce lentamente. L'erpete flitenoide non produce in generale se non che un dolore pruriginoso o il cuociore che accompagna quasi tutte le eruzioni erpetiche. Se però esiste un gran numero di piastre, e se queste sono molto estese, si può osservare la febbre o uno stato di mal'essere, e diversi disturbi degli organi digestivi, accidenti i quali si osservano qualche volta siccome prodromi per lo spazio di uno o due giorni.

Diagnosi. — La riunione di molte vesciche sopra una superficie infiammata, disposta a forma di piastre, caratterizza sufficientemente la malattia perchè non possa essere confusa con alcun'altra affezione vescicolare o bollosa.

Etiologia. — Le cause della malattia sono oscure; però l'erpete flitenoide, più frequente ne' climi caldi, affligge in preferenza i giovani. Si è detto che sviluppavasi in seguito di una prolungata insolazione, o pure in seguito delle veglie e degli errori dietetici.

Cura. — Raramente la febbre è tanto intensa per richiedere il salasso; in generale i bagni, le bevande diluenti ed acide, le lavande narcotiche ed emollienti, e poscia alcaline e risolventi, sono i soli rimedi da opporsi ad una malattia la quale è sempre benigna.

4.^o *Herpes iris.* — Questa forma della malattia è rarissima, e Batman l'ha indicata il primo. Essa consiste in piccoli gruppi di vescichette, circondate da quattro anelli concentrici, eritematosi, di diversi colori, lo che determina gli ammalati a paragonare la loro eruzione a delle piccole coccarde.

L'erpete iride occupa in preferenza le parti protuberanti, come i malleoli, o pure la faccia, le mani, il gomito, i piedi, le dita, il collo. La malattia si sviluppa sotto forma di piccole macchie circolari formate da zone di diversi colori; sin dal secondo giorno, ed indipendentemente da queste macchie, si forma una vescichetta tosto circondata da altre vescichette più piccole. Dopo due o tre giorni, la vescichetta centrale è piana, il suo liquido è torbido; allora si distinguono quattro anelli edematosi, il più interno di color rosso bruno, il secondo di un bianco giallastro, il terzo di un rosso carico; finalmente l'ultimo è una tinta rosea che si confonde a poco presso col color della pelle: queste diverse gradazioni di colorito non sono sempre così distinte. Ciascuno di questi anelli può esser coperto di vescichette; ma queste si sviluppano specialmente sul primo. L'erpete iride termina colla desquamazione verso il decimo o il dodicesimo giorno.

Le cause dell'erpete iride sono sconosciute; sembra averlo osservato sopra i giovanetti biondi. La cura dell'*herpes circinatus* gli conviene.

5.° *Herpes tonsurant*. — Il Signor Cazenave à indicato nel 1843, negli *Annales des maladies de la peau: et de la syphilis*, sotto il nome di *herpes tonsurant*, un' affezione curiosissima di già intraveduta da Alibert, perfettamente descritta da Mahon giovane sotto il nome di *tigna tondeute*, e che è caratterizzata da piastre arrotondate che anno sede sul cuoio capelluto, e nelle quali la pelle, ineguale disseminata di asprezze, e ricoverta di capelli troncati molto egualmente a 2 o 3 centimetri al di sopra del livello dell' epidermide, in modo da formare una vera tonsura. Dietro le osservazioni del Signor Cazenave, questa malattia si manifesterebbe mediante una eruzione di vescichette; però questo carattere sarebbe efimero: ciò spiega perchè non è potuto mai verificarlo ne' casi numerosi che ò avuto occasione di osservare al Bureau centrale. In fatti quando la malattia risale ad un' epoca alquanto lontana, si trovano delle piastre prive di capelli più o meno larghe, ricoperte da avanzi grigiastri pulverolenti, spesso simile allo smalto o alla farina sottilissima e di una tinta alquanto azzurrognola. In fatti quando si distaccano dal cuoio capelluto, esso si mostra a questo livello più compatto e più denso; è aspro, duro, di un colorito azzurrognolo, e la sua superficie è disseminata di piccole ineguaglianze, ed asprezze, che Mahon à paragonate felicemente alla carne di pollo o alla pelle del cane marino. Egli considerava queste asprezze siccome formate dalla protuberanza de' follicoli, i quali alterati nella loro strottura, non segregano più la materia untuosa: quindi i capelli, aridi e senza lucidezza, si spezzano ad alcuni millimetri della loro origine. Checchè ne sia, si è conosciuto che questa malattia è contagiosa; essa regna qualche volta ne' pensionati. Comincia da un punto circoscritto, ed invade alcune volte una grande estensione del cranio; essa è ostinatissima. Mahon l' à veduta durare quindici anni e più, è poco suscettibile di un termine spontaneo. Non produce mai l' alopecia. Vedremo quanto sia facile poterla distinguere dalla forfora. Ordinariamente si guarisce col metodo che consiglieremo per quest' ultima.

In riassunto, l' alterazione sì distinta de' capelli, la formazione di piccoli tumori solidi alla superficie del derma, la forma esteriore della malattia, il suo corso, la sua durata, la sua incurabilità quasi assoluta quando si abbandona a se stessa, il suo carattere contagioso, stabiliscono delle differenze grandissime tra le affezioni erpetiche e la tigna tondeute. Se avessi prestato attenzione soltanto a ciò che mi è stato dato osservare, non avrei fatto di quest' ultima una varietà dell' erpete; ma siccome le osservazioni del Signor Cazenave, giudice molto competente in questa materia, non sono affatto conformi alle mie, ò dovuto piuttosto fidarmi a lui anzi che a me medesimo. Ecco

perchè, almeno provvisoriamente, è classificato la malattia tra le affezioni vescicolari.

DELL' ECZEMA

Sinonimia. — Prurigine squamosa umida, prurigine viva, scabbia epidemica, ec., deriva da *ex se effervesco*.

La parola *eczema*, impiegata da alcuni antichi autori per indicare le infiammazioni fittenoidee leggere, è stata consacrata da Willan a denominare uno de' generi delle affezioni vescicolari, caratterizzato dalla eruzione di piccolissime vescichette, agglomerate in gran numero sopra delle superficie generalmente larghe ed irregolari, vescichette delle quali le une spariscono mediante lo assorbimento del liquido, ed il maggior numero si lacerano e sono seguite da escoriazioni superficiali, da una esalazione sero-purulenta, e dalla formazione di squame o di forfora.

Da Bielt in poi l'eczema è stato diviso in acuto e cronico. L'eczema acuto presenta esso stesso tre principali varietà cioè: *eczema simplex*, *rubrum* ed *impetiginodes*.

1.^o *Eczema simplex*. — Questa forma si manifesta ordinariamente senza prodromi. Gli ammalati provano solamente un prurito più o meno incomodo sopra un punto dove la pelle conserva il suo colore ordinario, ma che tosto si osserva un gran numero di piccolissime vescichette, molto ravvicinate tra esse che presentano un aspetto brillante a causa del siero trasparente che contengono. Qualche volta bisogna armarsi di lenie per distinguerle. Tosto il liquido si fa torbido e prende una tinta lattiginosa; ora è assorbito o sfugge dopo la rottura della vescichetta. Nel primo caso, ne risulta una desquamazione insensibile dell'epidermide; nel secondo, si formano delle piccole squame le quali si distaccano e non rimangono alcuna traccia sulla pelle. Il prurito è il solo sintomo incomodo che osservasi. Il più delle volte non si osserva alcun disturbo nella salute generale, eccettuato però il caso in cui lo eczema è molto esteso, quando occupa in un tratto o successivamente quasi tutta la superficie del corpo; siccome Bielt lo à più volte veduto ne' ragazzi. Allora avvi febbre, sete, agitazione, veglia e diversi disturbi dipendenti dagli organi digestivi. L'eczema semplice percorre le sue diverse fasi in sei o sette giorni, ma siccome anno luogo molte eruzioni successive, ne siegue che la malattia si prolunga per due o tre settenari, ed anche più.

2.^o *Eczema rubrum*. — Questa forma, più intensa della precedente, è spesso accompagnata da prodromi. La pelle sulla quale la eruzione si determina è la sede di calore, prurito

intenso e di rossezza più o meno viva: le vescichette che sono disseminate sulla superficie sono eccessivamente piccole; le più grosse hanno soltanto il volume di una piccola testa di spilla; perdono la loro trasparenza dopo due o tre giorni. Ne' casi più semplici il fluido, addivenuto lattiginoso, si assorbe, l'epidermide si disquama, e la superficie della pelle conserva per molti giorni una tinta rossastra la quale si dilegua a poco a poco. Il più delle volte però le vescichette si screpolano; le escoriazioni hanno luogo sulla superficie infiammata; questa esala un fluido sero-purulento, il quale si condensa e forma delle lamine sottili e molli, che cadono e si riproducono sollecitamente. In generale novelle eruzioni vescicolari si formano ora su i punti primitivamente affetti, ora su i punti vicini: in questo caso la malattia termina dopo due o tre settenari, o pure passa allo stato cronico.

3.^o *Eczema impetiginodes*. — In questa varietà, la infiammazione è più viva; la pelle rossa, è gonfia; le vescichette confluenti contengono un liquido sero-purulento che si condensa prontamente e forma, non delle laminette come nello eczema rubrum, ma delle squame e delle croste gialle, umide, molli le quali si condensano, e cadendo lasciano allo scoperto una superficie scoriata la quale segrega una sierosità rossastra. Le squame si rinnovellano facilmente; in generale hanno luogo molte eruzioni successive. A misura che la malattia va migliorando, le squame diminuiscono di spessezza e addiventano più sottili. L'eczema impetiginode finisce dopo venticinque o trenta giorni, o pure passa allo stato cronico. In fine si vede che lo eczema impetiginode è un grado più avanzato dello eczema rubrum. In questo le vescichette sono trasparenti, e la infiammazione della pelle è mediocre; nell'altro, questa infiammazione è più viva, e le vescichette, più grosse, contengono del pus. Queste due forme di malattia coesistono spesso nello stesso individuo: concordemente a' signori Bielt, Cazenave e Schedel, pensiamo contro lo esempio de' signori Rayer e Copland, che lo eczema impetiginodes non deve riguardarsi come un'eczema rubrum complicato da pustole empetiginose.

Lo eczema rubrum, e specialmente lo eczema impetiginodes, quando sono estesi, si accompagnano a mal'essere, a febbre moderata, alla perdita dell'appetito, a sete ed a diarrea. La pelle che è stata la sede della malattia in generale conserva per lo spazio di un tempo più o meno lungo un colore brunoastro, il quale dura anche per tutta la vita ne' vecchi ed in quelli la cui pelle è naturalmente bruna ed arida.

Eczema cronico. — Questo può aver luogo dietro le tre forme che abbiamo studiate, ma specialmente dietro le due ultime. In questo caso la pelle è tesa, lucida, di un rosso vivo, qualche volta rassomiglia alla superficie di un vescicante. Presenta pure

alcuni punti più rossi, dove si trova escoriata, screpolata, e come graffiata; un umore sero-purulento, o sero-sanguinolento la bagna continuamente, ed impregna le screpolature, che spesso rende dure, nello stesso modo come succederebbe se vi si mettesse dell'amido. Questa segregazione secondo alcuni, sarebbe prodotta esclusivamente dall'alterazione del derma; secondo il Signor Bielt poi, dipenderebbe dalla rottura delle vescichette che continuerebbero a formarsi sulla superficie affetta. Però il Signor Bielt conviene egli medesimo che queste vescichette sono spesso difficili a potersi conoscere, perchè l'epidermide che ne forma l'involucro è immensamente sottile: ciò spiega il loro rapido andamento; la loro rottura prematura e la difficoltà a poterle distinguere. Checchè ne sia, il liquido condensandosi, forma delle squame umide, giallastre, spesse, le quali cadono e si riproducono. Tutti gli ammalati accusano nella parte affetta dallo eczema un calore vivo, un prurito che aumenta generalmente col calore artificiale, colla dimora in letto, dopo il pranzo, e specialmente per la introduzione de' liquori spiritosi ed altri eccitanti diffusivi. Il prurito può addivenire talmente intollerabile che la più energica volontà cede al bisogno imperioso di doversi stropicciare. Gli individui si escoriano colle proprie unghie; le superficie affette mandano molto sangue, ed un sollievo passeggero a luogo. Il prurito è un sintomo che manca raramente nello eczema, specialmente nella forma cronica.

Quando però la malattia continua per lungo tempo, il derma si rende compatto, ed i gangli linfatici contigui s'ingorgano. Quantunque lo eczema sia esteso, raramente si osservano de' sintomi generali gravi. I principali disturbi sono alcun poco di demagramento, rare volte febbre, veglia, diarrea, e qualche fiata una infiammazione aftosa della bocca.

Rarissimamente lo eczema produce un esito funesto, e questo a luogo soltanto ne' vecchi deboli, e quando avvii qualche complicanza. In altri casi egualmente rari, l'eruzione eczematosà è fatto risolvere delle antiche malattie più o meno gravi. Bielt sembra aver osservato molti fatti di questo genere.

La durata della malattia è indeterminata; essa può durare per molti mesi ed anni. Quando la guarigione a luogo, la parte affetta si ragrinza a poco a poco dalla circonferenza al centro; le squame addivengono piccole, sottili e meno umide; il trasudamento sieroso finisce. In fine la pelle, dopo essere rimasta più o meno lungo tempo ancora levigata, ripiglia tutte le sue proprietà, eccetto però che conserva per tutta la vita un colorito anormale. Lo eczema è una delle malattie che più spesso vanno soggette alle recidive, sia nel punto primitivamente affetto, sia in un'altra parte de' tegumenti.

Per completare il quadro, ci rimane ad indicare le modifiche particolari che la malattia presenta, secondo i punti del corpo che invade.

1.^o *Eczema del cuoio capelluto.* — Quando lo eczema occupa il cuoio capelluto, esso lo invade generalmente in tutta la sua totalità, e spesso si propaga alla faccia. Il prurito è vivo, la segrezione sero-purulenta abbondante. Questa manda un odore nauseante; condensandosi, forma delle squame che si attaccano a' capelli, e che, umide dapprima, si dissecano poscia e cadono sotto forma di lamine forforacee; altre anno una bianchezza lucida e simile a quella dell'amianto: quindi lo eczema del cuoio capelluto è una delle due affezioni che producono la varietà della tigna nomata *amiantata*, parola impropria ed affatto proscritta a' giorni nostri. Quando lo eczema del cuoio capelluto è cronico, i gangli cervicali e sotto massellari s'ingorgano, i capelli cadono; i bulbi però non essendo alterati, quest'alopecia ordinariamente è soltanto momentanea. Siccome Bielt lo à osservato, l'infiammazione cronica del cuoio capelluto produce in fine una tensione della pelle del volto, in modo che i lineamenti sono tirati in alto ed in dietro.

2.^o *Eczema della faccia.* — Non avvi forse alcuna parte del corpo che sia sì spesso affetta dallo eczema quanto le orecchie; ciò osservasi specialmente nelle donne. Il gonfiamento può essere tanto considerabile da otturare il meato uditorio e rendere l'udito difficile o impossibile. La infiammazione guadagna qualche volta il meato uditorio interno, la tromba di Eustachio e la faringe. Lo eczema può anche mostrarsi parzialmente sulle palpebre, sulle labbra ed alle pinne del naso. In tutti i casi l'eruzione si riproduce spesso sulla membrana mucosa vicina. Lo eczema delle palpebre à qualche volta dato origine ad un ectropion.

3.^o *Eczema degli organi genitali.* — Nell'uomo l'eczema occupa il pene, lo scroto e la parte superiore interna delle cosce: esso può essere causa del priapismo. Nella donna si osserva sul monte di venere, alle grandi e piccole labbra; può guadagnare l'osculo vaginale, la clitoride ed il meato urinario. Il bruciore ed il prurito sono spesso intollerabili. Lo eccitamento permanente degli organi genitali produce qualche volta la ninfomania; esso à ispirato a molte giovanette innocenti la idea della masturbazione. In fine nella donna, si vede anche lo eczema svilupparsi nellè mamelle, dove occupa in preferenza il capezzolo e la sua areola. Allora la malattia è generalmente ostinata. In fine, ne' due sessi, il contorno dell'ano può essere la sede di un eczema incomodo.

Lo eczema delle membra non offre alcuna particolarità degna di essere menzionata.

Diagnosi. — Lo eczema potrebbe essere confuso con un gran numero di malattie della pelle, specialmente colla scabbia, colla empetiggine, col *ponfolix diutinus*, col *lichen agrius* e con la *psoriasis*: stabiliremo però la diagnosi differenziale all'articolo dedicato a ciascuna di queste malattie. Lo eczema potrebbe anche confondersi coll' *erpete flittenoide*; però in questo le vescichette sono poste a gruppi e disseminate. È vero che questa disposizione esiste qualche volta nell'eczema; ma in quest'ultimo caso le vescichette sono molto più piccole; appena sono più grandi, globulari e perlate; in fine la desquamazione è poco distinta.

Pronostico. — Lo eczema, specialmente nello stato acuto è malattia leggiera. Quando è cronico, costituisce una malattia molto incomoda e di una durata indeterminata. Gli eczema *rubrum* ed *impetiginodes* sono più pericolosi della forma semplice; il pronostico sarà grave, se lo eczema invade quasi tutta la superficie del corpo, e se si complica a qualche lesione viscerale.

Etiologia. — Lo eczema è spesso prodotto da cause dirette, come le frizioni secche o con sostanze più o meno irritanti, siccome le pomate mercuriali. Si osserva spesso sulle mani e sugli avambracci di coloro che esercitano certe professioni che espongono queste parti all'azione di sostanze irritanti. La malattia può anche essere prodotta dal sudiciume, dalla irritazione che producono sulla pelle certi scoli. In fine la esposizione prolungata a' raggi solari determina spesso sulle parti abitualmente scoperte una eruzione eczematosi, la quale partecipa contemporaneamente de' caratteri dell'eczema semplice e *rubrum*, ed alla quale Willan ha dato il nome di *eczema solare*, in ragione della causa produttrice. Altra volta lo eczema è spontaneo; allora si osserva più spesso nella donna che nell'uomo, più nella primavera e nell'està che nelle altre stagioni. Le vicissitudini atmosferiche provocano spesso la prima comparsa della malattia, o l'aggravano quando esiste, o almeno aumentano il prurito. Lo eczema si è pur anche improvvisamente manifestato dietro una viva impressione morale. Questa malattia non è mai contagiosa: Bielt e Baumès dicono però averla veduta molte volte trasmettersi mediante il coito; ciò però può spiegarsi per la natura acre dello scolo, senza aver bisogno di ricorrere al principio contagioso.

Sede. — Abbiamo precedentemente veduto che lo eczema poteva manifestarsi su tutti i punti della pelle, più comunemente però lo si osserva sulle parti fornite di peli; come il pube, gl'inguini, le ascelle, lo scroto, la vulva, il cuoio capelluto, ec. Molte discussioni hanno avuto luogo relative alla sede anatomica della malattia, che alcuni hanno localizzato ne' follicoli sebacei; però con ragione Bielt ha considerato lo eczema siccome

una infiammazione dello strato superficiale del derma, chiamato membrana vascolare di Eichhorn, e che sembra destinata a segregare l'epidermide.

Cura. — Quando lo eczema è semplice, basterà impiegare allo interno le bevande fresche acidole, allo esterno le lavande mucilagginose e narcotiche i cataplasmi di fecola (la semenza di lino è controindicata), i bagni tiepidi. Questi però aumentano qualche volta il prurito, e si è costretto di sospenderli, in questo caso si potrebbero rendere alcalini. Gli eczema rubrum ed impetiginodes richieggono la stessa cura; quando però la malattia occupa una grande superficie, quando la pelle è molto infiammata ed avvi un apparato febbrile, un salasso generale potrà tornar vantaggioso, e se la flemmasia oltrepassa certi limiti, si potranno applicare in vicinanza le sanguisughe o le coppe scarificate. In questo periodo acuto i bagni tiepidi, mucilagginosi, i cataplasmi emollienti, sono i soli mezzi che possono recar vantaggio. Bisogna evitare l'uso delle preparazioni solforose e le pomate mercuriali, delle quali se ne abusa spessissimo, e che nel fatto non convengono in questo periodo.

Quando lo eczema è cronico, bisognerà insistere come nel caso precedente su i bagni tiepidi, alcalini e gelatinosi; si amministreranno le limonee minerali, le bevande rese alcaline mediante 2 a 4 gramme di sottocarbonato di potassa per ciascuna caraffa; in fine s'insisterà su i lassativi, purchè però il tubo digestivo sia intatto. Quando però questi mezzi torneranno inutili, bisogna ricorrere all'uso delle acque solforose naturali d'Enghien, di Barèges, di Cauterets, di Bagnères de Luchon, ec., amministrate internamente alla dose di uno, due o tre bicchieri al giorno, e simultaneamente per bagni e per docciature. I bagni solforosi potranno anche prepararsi direttamente, aggiungendo all'acqua di un bagno 64 a 96 gramme di solfuro di potassa. Questi bagni producono qualche volta un vivo eccitamento: quindi conviene, specialmente ne' principi, alternare con i bagni semplici, gelatinosi e misti all'amido. Altre volte i bagni solforosi vengono sostituiti dalle docciature a vapore solforese o acquose. Si è consigliato l'uso di un gran numero di topici, dei quali i principali sono le pomate coll'allume, coll'acelato di piombo, colla canfora, la belladonna, l'oppio, l'estratto (16 a 96 gramme per 32 gramme di sugna) in fine colla canfora o pure senza (1 decigramma ad 1 gramma), colla fuliggine, ed i proto e deuto ioduro di mercurio (50 a 60 centigramme per 32 di sugna), in fine col calomelano (4 gramme per 32 di sugna): quest'ultima ci è sembrata utile in moltissimi casi; vi si può aggiungere un poco di canfora per calmare il prurito. Si è pur tentato di cambiare la vitalità della superficie ricoprendola con un vescicante o cauterizzandola col nitrato di ar-

gento e coll'acido idroclorico; questi mezzi però sono stati nocivi il più delle volte anzichè utili. In fine vi sono alcuni eczema ribelli a tutti questi mezzi. In questi casi sono stati prescritti internamente de' mezzi empirici, come la tintura delle cantaridi e le preparazioni arsenicali. Quindi Bielt à amministrato la soluzione di Fowler, la quale può darsi alla dose di 2 o 3 gocce al giorno, aumentandosi progressivamente, ma senza oltrepassare 15 gocce; la soluzione di Pearson e quella di arseniato di ammoniaca, che conviene meglio agl'individui delicati, e che si prescriverà alla dose di 1 a 4 gramme. L'efficacia però di questi mezzi non ancora è stata sufficientemente dimostrata. Quando si passa alla determinazione di voler impiegare le preparazioni arsenicali, bisogna sorvegliare con molta cura gli ammalati. In alcuni casi un cambiamento di regime, di abitudine, di clima, è stato sufficiente per guarire degli eczema ribelli a tutti i mezzi terapeutici. Finalmente vi sono alcune precauzioni speciali ad impiegare secondo la regione che la malattia occupa: così, quando occupa l'orecchio, ed è accompagnata da gonfiamento della conca o del meato uditorio, bisognerà prevenire la chiusura di quest'apertura colla introduzione dei stucchi di tela o con pezzi di spugna preparata.

Quando lo eczema è antico, vi andrebbe del pericolo a sopprimerlo intempestivamente. Bisognerà dunque stabilire un esutorio, se non permanente, almeno temporaneo. In fine, se trattasi di un vecchio, se la malattia conta molti anni, e se d'altronde è poco incomoda, converrà prescrivere soltanto alcuni mezzi palliativi.

INFIAMMAZIONI BOLLOSE

Le infiammazioni bollose della pelle sono caratterizzate da tumori ordinariamente trasparenti, pieni di un liquido sieroso o sero-purulento sparso sotto l'epidermide, il cui volume varia da quello di un pisello sino a quello di un uovo di oca. Questi tumori, a' quali si dà il nome di *bolle*, di *ampolle*, di *stiften*, sono costituite nello stesso modo delle vescichette, dalle quali non differiscono se non che pel volume più considerabile. Abbiamo già veduto delle bolle formarsi alla superficie di alcune resipole o in certi casi di erpete (la zona) e di eczema: La scottatura al secondo grado e l'applicazione de' vescicanti producono lo stesso effetto. In questo luogo non dobbiamo occuparci se non che delle infiammazioni bollose propriamente dette; esse sono al numero di due soltanto, il *pemfigo* cioè e la *rupia*.

DEL PEMFIGO O POMPHOLIX

Il pemfigo (*πυμφοίξ* *bolla*) è una malattia della pelle caratterizzata dalla formazione di una o molte bolle che si scropolano facilmente, e terminano colla effusione del liquido che contengono, e colla formazione delle escoriazioni superficiali o colle croste sottili che lasciano dietro di esse alcune macchie, le quali durano un tempo più o meno lungo.

Divisioni. — Senza alcuna ragione Willan e Batman hanno considerato il pemfigo siccome una malattia sempre cronica. Le esatte ricerche di Gilibert, autore di una eccellente monografia, e quelle più recenti che i signori Rayer, Cazenave, Schedel e Baumès hanno inserite ne' loro trattati delle malattie cutanee, debbono fare ammettere due principali specie di pemfigo, l'una *acuta*, l'altra *cronica*.

1.° *Pemfigo acuto.* — Il pemfigo acuto può essere preceduto per lo spazio di uno, due o tre giorni da mal'essere, inappetenza, febbre e prurito. Tosto comparisce alla superficie del corpo un numero più o meno grande di macchie che presentano la estensione delle nostre diverse monete, eritematose, arrotondate, nel centro delle quali, non tardasi a vedere l'epidermide sollevarsi e formare una bolla capace di occupare tutta la macchia. Il più delle volte però il lembo di questo è rispettato, e forma attorno del tumore un' areola rossa la quale è la sede di un calore e di un bruciore pruriginoso. Queste macchie esistono costantemente, a torto si è preteso il contrario, e questa discrepanza si spiega pel corso della malattia la quale, in fatti, non è sempre la stessa. Quindi alcune volte le rossezze e le bolle esistono quasi simultaneamente, almeno sono appena separate da un intervallo di una o due ore: quindi non deve recar meraviglia se in questi casi, la roschezza possa passare inosservata. Tutte le macchie non si ricoprono di bolle: però non succede quasi mai che l'epidermide non sia più o meno sollevato: di ciò si potrà esser convinto passando il dito su queste piastre, poichè vi si avverte una protuberanza: poi strofinando leggermente, l'epidermide va via ed il polpastrello del dito è più o meno umettato. La bolla che caratterizza il pemfigo presenta il volume di un pisello o di una grossa avellana. Se molte bolle si uniscono insieme, formano allora una vasta ampolla che presenta il volume e la forma di un uovo di oca; spesso una bolla semplice acquista lo stesso volume. La bolla del pemfigo è rotonda, globolare, trasparente, e rassomiglia alla protuberanza dell'epidermide occasionata dalla scottatura di secondo grado o dal vescicante. Il liquido che contiene è alcalino,

di color citrino, poi rossastro, albuminoso, senza odore, fetido in alcuni casi. Alla fine di due o tre giorni, le bolle si appassiscono, si abbassano, si screpolano: il liquido combinato all'epidermide forma tosto delle croste sottili e nerastre: altre volte il solo epidermide si distacca sotto forma di lamine sottili. In questo momento il calore ed il prurito diminuiscono ed anche cessano; la rossezza si spegne: finalmente un novello epidermide si riproduce: al luogo però occupato dalla bolla rimane una macchia del color di feccia di vino o di un rosso oscuro, irregolare, che si esfolia di tempo in tempo, e che può durare per lungo tempo. Il numero delle bolle varia di molto; in generale ne esistono sopra una grande superficie: quasi tutto il corpo può anche esserne invaso; questo fatto però è molto raro; lo stesso a luogo ne' casi in cui non si trova che una sola bolla (*pompholix solitarius* di Willan). Allora si osserva spesso, due o tre giorni dopo, una novella bolla. manifestarsi vicino alla prima e seguire lo stesso andamento: delle successive eruzioni possono aver luogo per otto o dieci giorni. Nessuna parte del corpo è esente dalla eruzione: rara alla faccia, a' piedi, alle mani ed alle parti genitali, si osserva specialmente al tronco come pure alle membra superiori ed inferiori.

In generale, il pemfigo acuto non è mai accompagnato da alcuni sintomi generali, almeno sono molto benigni. La durata totale varia tra uno e tre settenari: a causa delle successive eruzioni che hanno luogo; la durata media però di ciascuna flittene in generale non oltrepassa sette giorni.

Pemfigo cronico (*pompholix diutinus* di Willan). Il pemfigo cronico è molto più frequente della forma precedente. Dopo alcuni giorni di mal'essere, d'inappetenza, di febbre e di prurito, qualche volta senza alcun prodromo, si manifestano siccome nel caso precedente delle piccole macchie rosse sulle quali si eleva una bolla. Questa dapprima grossa quanto un pisello, acquista tosto il volume di un'avellana, di una noce o di un uovo; il liquido che contiene, dapprima trasparente, addiivene tosto rossastro. Verso il secondo, terzo o quarto giorno, le bolle si screpolano; l'epidermide si rovescia attorno, e si scorge una superficie rossa e dolorosa. Le bolle, che sono ancora intatte a quest'epoca, si appassiscono e s'increspano: l'epidermide è opaco, macerato, ammolito. Nell'uno e nell'altro caso, si formano delle croste brune, gialle o grigiastre, piane o protuberanti nel centro: quando si distaccano, la pelle si trova escoriata, o solamente una macchia di feccia di vino perdura lungo tempo. Però al lato di queste bolle che finiscono, ne nascono delle altre che sieguono lo stesso corso delle prime; un gran numero di eruzioni successive possono anche aver luogo per molti mesi ed anche per anni, ora irregolar-

mente su tutta la superficie del corpo, ora esclusivamente sopra una parte, come il tronco o un membro. In tutte le eruzioni successive, gli stessi fenomeni locali si riproducono; però succede qualche volta che in queste, le macchie risipolose mancano. Queste diverse eruzioni possono aver luogo senza generali accidenti; altra volta però ciascuna di esse è preceduta ed accompagnata da sintomi più o meno acuti, come cefalalgia, febbre, inappetenza. Quando il pemfigo è circoscritto ad una parte, gli ammalati possono alzarsi ed attendere a' loro affari; se però la eruzione è generale o almeno molto estesa, qualunque lavoro è impossibile a causa del mal'essere e del prurito esistenti: la maggior parte degli ammalati, abbenchè liberi da febbre, guardano il letto. Quando però l'affezione si prolunga, quest'individui si demagrano, poi deperiscono; le membra s'infiltrano; una diarrea colliquativa si manifesta, e la morte à luogo per effetto delle complicate. Le flemmasie delle membrane mucose, specialmente della mucosa gastro-intestinale, sono le più frequenti, e tali che Gilibert le à considerate siccome quelle che costituiscono uno degli elementi della malattia.

Anatomia patologica. — Nello sparo de' cadaveri si dice aver trovato delle bolle sopra alcune mucose, come quelle della vulva, della bocca e della faringe; il più delle volte però queste parti sono pallide; più frequentemente si trova la mucosa intestinale ammolita, qualche volta ulcerata. Si è spesso osservato la degenerazione adiposa del fegato (Biett e Cazenave), ed il sangue si è pur trovato simile, per lo aspetto, all'urina spina maltrattata e di color carico (Gilibert).

Diagnosi. — Il pemfigo si conosce facilmente. Vedremo in seguito in che differisce dalla rupia, dall'ettima e dalla empetigine. Le bolle che accompagnano la risipola non saranno considerate come un vero pemfigo, se si presterà attenzione alla natura dello esantema che le accompagna. Torna superfluo ricordare qui quanto il pemfigo sia differente dall'erpate; in alcuni casi però dove le bolle del pemfigo, che in generale sono grosse ed isolate, si trovano piccole, ravvicinate ed accompagnate da alcun poco di rossezza eritematosa a segno da riuscir difficile poter distinguere a primo aspetto la malattia da una piastra erpetica, se non esistessero quasi sempre sopra qualche altro punto delle bolle con i caratteri propri del pemfigo.

Pronostico. — Il pemfigo acuto à sempre un esito felice purchè non sia complicato. Il pemfigo cronico poi indica quasi sempre un cattivo stato nella costituzione; poco grave per se stesso, addivien tale in ragione delle affezioni viscerali che lo complicano, e si sviluppano tanto più facilmente in quanto che gl'individui sono più indeboliti per la età e per le privazioni.

Etiologia. — Le cause del pemfigo sono quasi completamente ignorate. Abbenchè non sia speciale in alcun paese, si dice però essere più comune in Alemagna, in Inghilterra ed in Francia. Sembra che questa malattia si osservi più spesso nell'uomo che nella donna. Allo stato acuto affetta più i giovani; si osserva pure frequentemente ne' neonati. In questi casi, le bolle hanno sede ordinariamente alla pianta de' piedi ed alla palma delle mani; esse contengono un liquido sero-purulento, e sono circondate da un' areola violacea. Alcuni osservatori, e particolarmente il Signor Paolo Dubois, hanno pensato che questa eruzione pemfigoide, si liga costantemente ne' neonati ad una infezione sifilitica della madre. Questa opinione merita tutta l'attenzione degli osservatori.

In fine il pemfigo cronico assale più particolarmente i vecchi e quelli debilitati dalle malattie croniche, dalla miseria, dalla intemperanza e dalle privazioni. Il pemfigo non è contagioso; spesso si è veduto regnare epidemico.

Cura. — Il pemfigo acuto, in generale, cede facilmente all' uso delle bevande acidole e diluenti, di alcuni bagni tiepidi ed alle lavande narcotiche. Il salasso è raramente indicato. Contro il pemfigo cronico tornano utili i bagni alcalini. Se lo individuo è debole o di una deteriorata costituzione, si useranno i tonici, i ferruginosi, e gli analeptici; infine si combatteranno le complicitanze con i mezzi analoghi.

DELLA RUPIA

Si chiama rupia (da *ruptus*, *lordura*) una malattia caratterizzata dalla eruzione di bolle isolate, piane, ripiene di un liquido dapprima sieroso, poi purulento o sanguinolento, il quale si condensa, e forma delle croste nerastre, dense, alle quali succedono delle ulcerazioni più o meno profonde.

Sintomi, divisioni. — Si distinguono tre specie di rupia, le quali differiscono tra loro soltanto per la estensione e per la intensità della eruzione; sono desse la rupia *semplice*, *proeminente* ed *escarotica*.

Nella *rupia semplice*, si sviluppano, senza precedente infiammazione della pelle, alcune bolle di cui la maggior parte hanno un volume di una moneta di 1 franco, appianate, le quali, come abbiamo detto, sono ripiene di un liquido sieroso. Questo si fa tosto purulento e sanguinolento: si condensa e forma delle croste nerastre o brune, rugose, più dense al centro, che si uniscono colla loro circonferenza all' epidermide, il quale è leggermente sollevato. Se si distaccano, si osservano sotto di esse delle ulcerazioni che tosto si cicatrizzano, ed altre

volte si coprono di novelle croste. In fine, quando la cicatrizzazione è finita, la pelle conserva per lungo tempo una tinta di un rosso livido. La *rupia semplice* à sede quasi esclusivamente sulle membra inferiori, più raramente si osservano sul tronco o sulle membra superiori.

La *rupia proeminente* si sviluppa con una infiammazione circoscritta della pelle sulla quale si manifesta la bolla. Questa forma differisce anche dalla precedente per la estensione maggiore delle bolle, per la spessezza e lo aspetto delle croste, che presenta un colorito bruno nerastro; essa è rugosa, ineguale: quindi con ragione è stata paragonata alla scaglia dell'ostrica ed a quella de' molluschi univalvoli chiamati *lapas lepade*. Questa crosta è spesso intimamente aderente al derma e quando la si separa, si trova una soluzione di continuo che risveglia molto la idea di quelle ulcerazioni atoniche e di pessima natura, la cui cicatrizzazione à luogo qualche volta dopo lunghissimo tempo.

In fine la terza varietà della rupia è stata chiamata *escarotica* da Willan, e corrisponde alla malattia descritta dagli altri autori sotto il nome di *pemphigus gangrenosus*. Si osserva soltanto ne' ragazzi, dopo la nascita sino alla prima dentizione; incomincia con delle macchie livide e protuberanti, sulle quali si sviluppano delle bolle irregolari, ripiene di un liquido nerastro, e circondate da un' areola violacea. Queste bolle, lacerandosi lasciano allo scoperto delle ulcerazioni dolorose, fungose, sanianti, e forniscono una suppurazione fetida.

Diagnosi. — Vedremo in prosieguo quanto la rupia somigli all'ettima, poichè alcuni autori le considerano come varietà della stessa malattia. La rupia differisce dal pemfigo in quanto che le bolle contengono raramente un siero trasparente. Il liquido contenuto in fatti è quasi sempre rossastro o opaco primitivamente. In fine le ulcerazioni, e specialmente l'aspetto delle croste, costituiscono delle sufficienti differenze tra le due affezioni.

Pronostico. — La rupia non presenta mai alcun pericolo per se stessa; quando poi è escarotica, ed assale i fanciulli, può produrre degli accidenti: d'altronde il pronostico si stabilirà dietro lo stato delle forze, il numero e la estensione delle ulcerazioni.

Etiologia. — La rupia è malattia la quale si osserva soltanto ne' ragazzi o ne' vecchi, e generalmente in quelli individui deboli e cachetici.

Cura. — La prima indicazione consiste a sostenere e rialzare le forze, e migliorare la costituzione degl'individui. Si solleciterà la caduta delle croste mediante i bagni ed i cataplasmi, poi le ulcerazioni si laveranno con i liquori deterativi clorurati

e curate con i digestivi; in fine converrà spesso modificare la vitalità della superficie mediante la cauterizzazione. Bielt impiegava con successo la pomata col proto o dento ioduro di mercurio.

INFIAMMAZIONI PUSTOLOSE

Si dà il nome di *pustule* a certi piccoli tumori circoscritti del diametro di 1 a 7 millimetri, formati da un versamento di un fluido purulento che solleva l'epidermide. Questo liquido può essere assorbito; il più delle volte si condensa sotto forma di croste, molte delle quali offrono de' caratteri particolari. Finalmente il derma a quel punto dove la pustola si è sviluppata può indurarsi ed ulcerarsi, ed allora hanno luogo alcune indelebili cicatrici.

Le infiammazioni pustolose sono al numero di sette, cioè, il *vaiuolo* e la *vaccina*, l'*acne*, la *mentagra*, la *empetiggine*, l'*ettima*, ed il *savo*. Parleremo in questo luogo solamente delle cinque ultime, per aver già data la istoria della vaccina e del vaiuolo, e pensiamo voler trattare delle pustole prodotte dal virus sifilitico all'articolo affezioni virulenti. Le malattie pustolose sono le une acute le altre croniche. Nelle prime, le pustole sono generalmente più grosse, e la loro base è infiammata: Willan le à dato il nome di *phlyzaciées*; le altre poi sono più piccole senza infiammazione alla loro circonferenza; lo stesso autore le chiama *phsydraciées*.

DELL' ACNE

La parola *acne* (da *ακνυ* *vigore*), usata da Aezio e da Sauvages, è stata consacrata da Willan e da Bielt per indicare una flemmasia de' follicoli sebacei, caratterizzata da pustole poco estese, separate le une dalle altre, circondate da un' areola rosea o livida, più o meno dure alla loro base, sparse sulle guance, sul naso, sulla fronte, e qualche volta sul collo e sul tronco.

Divisioni. — I dermatologi hanno distinto molte specie di acne cioè, le acne *simplex*, *indurata*, *rosacea* e *sebacea*.

Sintomi. — 1.° *Acne simplex.* — Nell' *acne simplex*, si osserva da prima un numero di punti rossi e duri, i quali aumentano a poco a poco di volume, e che addiventano pustolosi dopo quattro o otto giorni e qualche volta più tardi. Una volta formate, queste pustole sono acuminate; la loro base è circondata da un' areola rossa; non sono accompagnate da alcun disturbo nella salute, spesso non producono neppure alcun

sintomo locale, o meno che un leggiero prurito. Il loro numero è variabile; ne possono esistere due o tre soltanto; altre volte tutta la faccia e tutto il dorso ne sono coperti. Tosto si manifesta al loro centro un punto giallastro; succede la disseccazione; una crosta si produce, e quando cade rimane un punto rossastro, qualche volta una cicatrice biancastra ed incancellabile.

All'acne *simplex* si deve ravvicinare la forma che Willan chiama *punctata*, per i piccoli punti neri che si osservano e dipendono dall'accumulo della materia sebacea ne' follicoli della pelle. In fine Bielt à proposto di ravvicinare ancora all'acne di cui è parola, la infiammazione semplice del follicolo che produce un aumento della segrezione, la quale geme al di fuori e dà alla pelle un aspetto oleoso, ed ora è trattenuta nel follicolo che distrae; e quest'è l'*acne sebacea*.

2.^o Nell'*acne indurata*, le pustole sono più voluminose, più numerose e più ravvicinate delle prime; esse sono irregolari, conoidi, violacee, indolenti: la pelle è indurata in tutta la sua spessezza; la suppurazione à luogo lentamente; in fine quando la crosta che si è formata cade, lascia al suo sito un induramento del derma, che occupa qualche volta anche il tessuto cellulare sottostante, o pure esiste una tinta livida con una depressione la quale altro non è se non che una cicatrice in generale incancellabile.

3.^o L'*acne rosacea o bitorzoluta*, è la forma la quale si osserva specialmente nelle donne, all'epoca chiamata critica. Essa è caratterizzata da pustole acuminate, poco protuberanti, discrete, tra le quali la pelle presenta un colorito rosso con induramento. Siccome nelle forme antecedenti, non esiste alcun sintomo generale, ed il più delle volte alcun dolore. Questi tumori possono rimaner stazionari per una o molte settimane; in tutti i casi, la suppurazione à luogo lentamente: delle eruzioni successive si manifestano il più delle volte, e la pelle la quale è la sede abituale di una congestione, finisce per rimaner uniformemente iniettata; tosto perde la sua cedevolezza; essa cade nella ipertrofia, s'indura, presenta delle ineguaglianze e delle protuberanze: ciò osservasi frequentemente sulle guance, e specialmente sul naso, il quale può addivenir doppio ed anche triplo nel suo volume, lo che imprime alla fisionomia un aspetto che disturba.

Diagnosi. — L'acne è di facile diagnosi; vedremo in prosieguo per quali caratteri potrà distinguersi dall'ertima, dal lichene agrius, dalle sifilidi tubercolose e dal lupo, le quali sono le sole malattie colle quali potrebbe confondersi.

Pronostico. — Abbenchè l'acne non minaccia affatto la esistenza, vi sono però due forme nella malattia (*acne indura-*

ta e rosacea) le quali costituiscono delle affezioni incomodissime , poichè resistono lungo tempo a' mezzi terapeutici. Oltre a che l'acne *rosacea* altera finalmente i lineamenti della faccia.

Etiologia. — L'acne non assale quasi mai i fanciulli. Le altre età non sono egualmente soggette alle diverse varietà della malattia ; quindi le acne *simplex*, *punctata*, e *sebacea* assalgono gli adolescenti ; la forma *indurata* si manifesta nella gioventù , e la *rosacea* assale soltanto gli adulti. Le donne sembrano esser più soggette alla malattia degli uomini. In generale può dirsi che l'acne coincide il più delle volte con una costituzione robusta. Hanno preteso che essa si legava spesso a qualche lesione viscerale del ventre , (fegato, intestini, stomaco) o alle irregolarità nello scolo mestruo , il che non è però dimostrato. Sono state pur anche considerate come cause attive dell'acne , gli eccessi della tavola , l'abuso de' liquori spiritosi , le vivande aromatiche , il sudiciume , i patemi morali , l'uso di certi cosmetici. Se tutte queste cause però hanno qualche influenza allo sviluppo delle acne *indurata* e *rosacea* , non influiscono però affatto per l'acne *simplex* , la quale si manifesta unicamente in seguito delle rivoluzioni organiche che hanno luogo verso l'età della pubertà. L'acne può manifestarsi sotto l'influenza di una disposizione ereditaria. A torto si è detto essere contagiosa ; cioè che poteva trasmettersi , per esempio ; coll'uso de' rasoi contaminati o mediante i baci.

Cura. — La cura varia a seconda le forme della malattia e lo stato costituzionale dell'individuo. Se esistono soltanto delle pustole di acne *simplex* , non avvi niente a fare nè a consigliare ; se poi la eruzione è abbondante , e se è permanente in conseguenza delle successive eruzioni , si proscriveranno i liquori eccitanti ed alcoolici ; si consiglierà un regime dolce , vegetabile , i bagni tiepidi , le bevande diluenti , alcuni lassativi , le lavande sulle parti affette di mucilaggine di gomma , di coctogna con latte , ec. In fine se esiste uno stato pletorico , o se avvi disturbo nelle funzioni de' mestruj , si prescriveranno i mezzi efficaci per combattere questi stati morbosi. Nell'acne *indurata* , i salassi generali e locali sono spesso indicati ; bisogna però tosto ricorrere a' mezzi atti a favorire la risoluzione dello ingorgo dando alla malattia una forma più acuta : per questo scopo si consigliano le lavande con acque distillate di bucato e di salvia , rese stimolanti con alcun poco di alcool : una leggiera soluzione di sublimato (25 a 30 centigramme in 10 gramme di acqua) mista o pur no ad una certa quantità di alcool o di una sostanza emulsiva (liquore di Gowland) ; le acque minerali solforose (Aix , Barèges , Enghien) , delle quali gli ammalati ne faranno uso internamente. Le pomate con calomelano , e col protocloruro ammoniacale di mercurio , o anche il ioduro di

zolfo (60 a 120 centigramme in 32 gramme di sugna). Nello stesso scopo anno consigliato l'uso delle docciature di vapori acquosi , solforosi , aromatici , ec. In fine anno pure consigliato di cambiare la vitalità delle parti coll' applicazione di un vescicante o cauterizzando le pustole ; quest' ultimo mezzo però sembra pericoloso , perchè spesso è stato seguito da ulcerazioni e da deformi cicatrici. Questi diversi agenti saranno impiegati con prudenza; bisognerebbe sospenderli se producono un eccitamento locale troppo vivo, e sostituirli invece dagli emollienti per riprenderli in seguito : d' altronde la loro azione verrà aiutata con un convenevole regime , colle bevande acidole temperanti , e coll' uso di alcuni purganti. Da lungo tempo si è conosciuto la impotenza dell' arte nell' acne *rosacea* , alla quale bisognerà semplicemente apporre i rivellenti, le deplezioni sanguigne, un regime dolce , vegetabile ; si bandiranno i topici , poichè il più delle volte aggravano la malattia.

DELLA MENTAGRA

Sinonimia. — *Sycosis menti* , *varus mentagre* d' Alibert (da *mentum* mento , e *ἄγρα* , presa ; o *ἀγριον* , io irrito , io esaspero).

La mentagra, o sycosis, è caratterizzata dalla eruzione successiva di piccole pustule acuminatae, quasi simili a quelle dell' acne , che si sviluppano sul mento , sul labbro inferiore, sulle regioni sottomascellari , come pure sulle parti laterali della faccia.

Sintomi , corso. — La mentagra è dunque una malattia essenzialmente pustolosa. Prima di poterla precisamente caratterizzare , i malati si accorgono di tempo in tempo di una o molte pustole sul mento e sul labro inferiore , di brevissima durata. Però le eruzioni tosto si succedono ad intervalli più o meno ravvicinati , ed addiventano più abbondanti. L' eruzione pustolosa è generalmente preceduta da un senso di tensione. Avvi qualche volta roschezza , calore e gonfiore. Sulle parti affette tosto si veggono alcuni punti rossi, i quali s' ingrandiscono e passano allo stato di pustole dopo uno , due o tre giorni. Questi tumori disseminati o confluenti , sono acuminati : la maggior parte è attraversata da un pelo nel suo centro , ed un pus bianco , giallastro, denso, li riempie. Dopo essere rimasti stazionari per cinque o sette giorni , si screpolano e si disseccano ; una crosta brunastra à luogo , questa si distacca dopo alcuni giorni, in guisa che la eruzione à percorso i suoi periodi in dieci o quindici giorni: è cosa rara però non vedere novelle eruzioni succedere le une alle altre. Queste infiammazioni incessanti alterano finalmen-

te la pelle, la quale si rende compatta; alcuni induramenti tubercolosi difficilissimi a risolversi e della grossezza di un' avelana, si producono; il tessuto cellulare può esso stesso infiammarsi, e gli ascessi possono esserne la conseguenza; in fine i bulbi de' peli si distruggono su molti punti. Quando la malattia termina colla guarigione, le eruzioni sono meno frequenti o meno numerose; i tubercoli si risolvono; in fine le pustole cessano di svilupparsi. La pelle però conserva per qualche tempo un colorito violaceo; spesso una desquamazione dell'epidermide à luogo di tempo in tempo sulla sua superficie. La mentagra à una durata indeterminata e sempre lunga. In fine dopo essere guarita una prima volta, recidiva con estrema facilità.

Diagnosi. — La sycosis è facile a conoscersi; si potrà confondere soltanto colla empetiggine *figurata*, colle pustole od i tubercoli sifilitici; vedremo però, quando ci faremo a parlare di queste malattie, che la diagnosi differenziale potrà essere stabilita quasi sempre con precisione. Torna impossibile poter confondere la sycosis con i foruncoli i quali anno un marciume, nè coll' ettima, perchè, come lo diremo tra breve, le pustole dell' ettima sono più larghe, la loro base è infiammata, le sue croste sono più dense, più aderenti e più estese.

Pronostico. — La mentagra non compromette mai la vita; però è una malattia disgustante incomoda; e della quale quasi mai può predirsi la durata.

Etiologia. — La mentagra affetta soltanto gli uomini adulti ed i giovani; quelli che sono forniti di molta barba, di temperamento sanguigno e bilioso, sembrano esservi più predisposti. Si è detto che il sudiciume, le professioni che espongono quelli che l'esercitano al calore di un ardente focolaro, predispongono moltissimo: soventi volte però questa malattia si osserva nella classe comoda ed anche ricca. Gli eccessi della tavola sono stati anche considerati come tali; pur tuttavia gli errori dietetici possono gravare la malattia quando esiste, ma è cosa dubbia se possono esserne la causa produttrice. In fatti il più delle volte, la sycosis dipende da uno stato costituzionale. Alcuni fatti anno fatto temere che la malattia fosse contagiosa; quindi si è detto che essa si comunicava mediante i rasoi contaminati; ma questi fatti sono rievocati in dubbio dal Signor Cazenave, il quale, in qualche caso, non crede al contagio della malattia.

Cura. — La cura che abbiamo consigliata nell'acne *indurata* è intieramente applicabile per la mentagra: aggiungeremo però che questa essendo continuamente aggravata per lo strofinio del rasoio, bisogna troncargli la barba colle forbici curve alla punta, o pure lasciarla crescere: abbiamo veduto questa sola precauzione essere sufficiente per trionfare completamente

della malattia. La guarigione però era soltanto momentanea, e le pustole non tardavano a ricomparire tosto che la pelle era stata sottomessa novellamente alla irritazione del rasoio. In questo caso bisogna procurare di modificare profondamente la nutrizione: quindi abbiain veduto delle sycosis ostinate, che momentaneamente cedevano a diverse medicature, scomparire completamente dietro una cura mercuriale, quantunque la malattia non avesse una origine sifilitica. Quindi in questi casi tornerebbero forse utili le pomate e le polveri depilatorie delle quali parleremo all' articolo seguente: alcune ragioni almeno mi danno autorità a pensarlo.

Natura e sede. — La sycosis è una malattia essenzialmente e primitivamente pustolosa, ed a torto alcuni hanno contrastato questo fatto. Essa ha sede, non come l'acne, ne' follicoli sebacei, ma ne' follicoli pelosi e ne' tubi piliferi. Gli induramenti tubercolosi che l'accompagnano spessissimo indicano, secondo il Signor Cazenave, una flemmasia del tessuto cellulare sottocutaneo. Dietro questi risultati, voler pretendere col Signor Gruby che mediante il microscopio si scovono nella malattia i caratteri di un parasito criptogamo, sarebbe voler provare sino a quali excentricità si può andare quando si guardano certe cose a traverso di un vetro che ingrandisce gli oggetti.

DELLA FORFORA

La parola *forfora* serviva altra volta ad indicare, sia le ulcere, sia le diverse affezioni crustacee del cuoio capelluto: oggi questa parola si applica soltanto ad una eruzione di pustole *psyracées*, contagiose, che hanno sede specialmente sul cuoio capelluto, ma che possono mostrarsi anche sulle altre parti del corpo.

Willan ha descritto sei affezioni siccome tante varietà della forfora; esaminandole però accuratamente, si potrà esser convinto che questo celebre patologo aveva ravvicinato malattie differentissime sotto il rapporto della primitiva lesione. Quindi Bielt, e poscia i signori Cazenave e Schedel, non hanno riconosciuto nel genere forfora se non che due specie fondamentali, cioè, il *favo* o *forfora favosa* o *lupinosa*, e la *forfora scutulata*.

Nella patologia cutanea, il nome di *favo* serve ad indicare una eruzione di piccolissime pustule che si condensano rapidamente, e formano delle croste aderenti di un color giallo pallido o sporco, che presentano una depressione centrale, che dà loro una certa simiglianza agli alveoli di un' arnia di miele (da ciò il nome di *favo*), o alle semenze de' lupini (e questa forma la *forfora lupinare*). Finalmente quando la eruzione,

lungi dall'esser discreta, si aggruppa in modo da formare degli innesti o anelli regolari, la malattia appellasi *forfora scutulata*. Se la parola tigna poteva anche essere usata, bisognerebbe riservarla per indicare solamente la malattia.

Sintomi, corso. — Il favo affetta quasi sempre il cuoio capelluto; spesso si propaga alla faccia, qualche volta al tronco ed anche alle membra, lo che può avverarsi raramente. In questi ultimi tempi, i signori Baudelocque e Gibert hanno negato che il favo fosse un' affezione pustolosa; essi han preteso essere costituito sin dallo sviluppo da una crosta secca che era essa stessa il prodotto di un' alterazione di segrezione del follicolo de' peli. Questa opinione però è contraddetta dalle ricerche di Willan e Batman, da quelle de' signori Rayer, Biell, Cazenave e Letenneur, i quali tutti ammettono la esistenza delle pustole. Queste si presentano sotto forma di punti gialli; sono piccolissime e oltrepassano appena il livello della pelle. Le une situate tra i capelli, colla base de' quali non hanno alcun intimo rapporto, spariscono il secondo o il terzo giorno, senza lasciare traccia della loro esistenza, mentre le altre, attraversate da uno o due capelli, si condensano costantemente e formano una compressione centrale la quale qualche volta è solo visibile mediante la lente, che poi distinguesi benissimo ad occhio nudo al quinto o al sesto giorno, subito che la crosta à acquistato un certo volume. Questa si aumenta lentamente; un maggiore o minor numero di croste possono riunirsi alla loro circonferenza: tutto il cuoio capelluto può anche essere coperto da una crosta di color giallo rossiccio, che presenta alla sua superficie molte depressioni a guisa di ciottola, delle quali ciascuna di esse corrisponde alla pustola primitiva. Questo lavoro morboso si accompagna costantemente ad un prurito violento che addivene intollerabile, quando per mancanza di cura, un gran numero di pidocchi pullulano sotto le croste. La pelle vicina allora è tesa, infiammata, ed il più delle volte i gangli cervicali e sottomascellari s'ingorgano. Gli ammalati esalano un odore nauseante o fetido, analogo a quello della urina del gatto. Le croste del favo possono distaccarsi, lasciano allora allo scoperto una superficie escoriata, corrosa, dolorosa, la quale, dicono, non si ricopre di novelle escoriazioni, a meno che altre pustole non avessero luogo. D'altronde le croste possono rimanere aderenti alla pelle per molti mesi ed anche per molti anni. In questo caso si disseccano, si rompono, s' invecchiano alla loro superficie o pure si separano sotto forma di frammenti: in fine in questi ammalati i capelli cadono o si lasciano strappare sotto il menomo tatto; anche la pelle viene ad esserne priva. Quest' alopecia dura spesso per tutta la vita; altre volte i capelli ripullulano, ma sottili e lanuginosi. In fine la infiammazione del derma può propagarsi al tessuto cellulare ed anche alle ossa.

Durata, esiti. — La malattia è una durata lunga ed indeterminata. Quando dura molti anni, la nutrizione generale ne soffre; i fanciulli rimangono deboli, la loro intelligenza, siccome il loro corpo sembrano sospesi nel loro sviluppo regolare. Quando l'ammalato guarisce, il cuoio capelluto conserva per molto tempo un colorito rossastro; spesso è la sede di cicatrici irregolari: in fine avvi alopecia parziale o generale, e quando i capelli ripullulano, raramente ripigliano la loro vigoria primitiva.

La *forfora scutulata* (*tigna nummularia* o a guisa di *anelli*) abbenchè costituisca una identica affezione della precedente, differisce nulla di meno per la disposizione delle croste e delle pustole. Queste ultime, che sono anche piccolissime, si sviluppano sopra una piastra eritematosa, e sono agglomerate in numero molto più considerabile alla circonferenza anzichè al centro. Depresse come le pustole e le croste del favo, sono disposte a guisa di anello; se molti gruppi si riuniscono, si può quasi sempre distinguere il loro punto di congiunzione per mezzo di una linea circolare la quale fa determinare la forma primitiva della eruzione. Quando la forfora scutulata occupa una grande superficie, non si vede la depressione a forma di cocciaola, ma le croste secche e friabili si separano a guisa di frammenti simili allo smalto o al gesso sporco.

Diagnosi. — La eruzione di piccole pustule, la esistenza di croste secche, gialle e concave a guisa di cocciaola, non permettono di confondere il favo con alcun'altra malattia. Le due varietà della forfora sono distinte tra loro per la disposizione delle croste. Se sono discrete, o pure essendo riunite, non presentano alcuna forma regolare, si stabilisce la diagnosi del *favo*; mentre che lo agglomeramento delle croste, la loro disposizione regolare a forma di anello e la possibilità di determinare la forma primitiva di ciascuna di esse, quando molte di queste piastre sono riunite, caratterizzeranno la forfora scutulata. Questa però offre molta simiglianza colla forfora figurata: ne parleremo in prosieguo (vedi *Empetigine*).

Pronostico. — La forfora è una malattia grave per la sua durata molto lunga. Il *favo* è più pericoloso dell'altra varietà, la quale è meno ostinata e non è seguita tanto frequentemente da alopecia.

Etiologia. — La forfora può assalire tutte le età; si osserva però più frequentemente nella infanzia e nella gioventù. Il suo sviluppo spontaneo è raro nella classe comoda, ed è una malattia quasi speciale per la classe povera, e riconosce per causa tutte le circostanze capaci di deteriorare la costituzione, come la miseria, le privazioni, l'abitare i luoghi malsani. Gli individui di un temperamento linfatico sono più spesso colpiti dalla malattia. Il favo e la forfora scutulata sono essenzialmente con-

tagiosi: la malattia può trasmettersi (da un individuo all'altro pel contatto immediato o mediante gli aggenti che sono serviti alla toletta degli ammalati (biancherie, spugne, pettini, scopette, ec.). In fine, nello stesso individuo la forfora non si mostra spesso su certe parti, siccome alle membra, se non che in conseguenza di una inoculazione diretta.

Cura. — Eccettuati i casi in cui bisogna sostenere o riannimare le forze, fortificare la costituzione degl' infermi, può dirsi che la cura della forfora è esclusivamente locale. Prima di tutto bisogna mantener puliti gli ammalati, tagliar loro i capelli, raderli, se fosse possibile, e stabilire la caduta delle croste ammolleandole colle lavande; o meglio coll' applicazione dei cataplasmi emollienti e molto umidi. Cadute le croste, bisogna spesso lavare il cuoio capelluto coll' acqua alcalina, saponata, per esempio. Raramente però la malattia cede a questi mezzi semplici: quindi gli autori si sono dedicati a cercare qualche efficace rimedio. Quasi tutti son di parere che vengano distrutti i capelli. Conosciamo che per molto tempo la testa de' tignosi è stata coperta da una cuffia di pece resa molto glutinosa: dopo tre o quattro giorni di applicazione la si distaccava bruscamente ed a contro pelo, poi si applicava un altro empiastro, e questo supplizio, che è prodotto la morte di tanti fanciulli, era replicato in questa guisa per molti mesi di seguito. Oggi questi mezzi barbari son caduti in disuso, e per produrre la caduta de' capelli sono state impiegate diverse polveri o pomate depilatorie. Quindi e che si potrebbe usare una pomata composta di 4 a 8 gramme di sotto-carbonato di potassa o di soda con 32 gramme di sugna, della quale si unge la parte affetta due o tre volte al giorno; o pure questa si lava colla soluzione di solfato di potassa (4 o 5 gramme con 500 di acqua). Tutti conoscono la grande celebrità della quale godono le polveri e le pomate de' fratelli Mahon. Abbenchè sia ancora un arcano, pur tuttavia ogni ragione vuole dover credere che la preparazione usata da questi signori altro non sia se non che un miscuglio di calce spenta e quasi carbonata, di sotto-carbonato di potassa, di carbone e forse di ceneri di alcuni vegetabili, e dicono, di tralci di vigna. Tagliati i capelli, le parti affette si spalmano in ogni sera con una pomata contenente la polvere depilatoria; poi si distaccano il mattino con un pettine, senza però esercitare alcuna forza, le croste che sono sul punto di cadere. Si ripetono queste cure in tutti i giorni, e si spalmano di tempo in tempo le parti affette colla polvere depilatoria. I capelli cadono prontamente, la loro caduta e le cure di mantener nette le parti non che la precauzione di nettar tutti i giorni col pettine il cuoio capelluto, fa sì che questo guarisce e si cicatrizza, ed in generale dopo quattro mesi di questa cura escguita con perseve-

ranza, si guariscono alcuni favi gravissimi. Altri reclamano cure più prolungate, ed il metodo depilatorio tale quale lo praticano i signori Mahon e Valcousin è eccellente; non risveglia alcun dolore, quindi può adoperarsi per i ragazzi più teneri. Incaricato per lo spazio di un intero anno dall'amministrazione degli ospedali, di sorvegliare la cura della tigna, è potuto rendermi persuaso del buon esito di questo metodo. Il Signor Cazenave ha giustificato questo fatto, dopo avere adoperato dapprima tutti i mezzi che la terapeutica possedeva, e dopo averne conosciuto la insufficienza quasi esclusiva.

Sede, natura della malattia e spiegazione de' principali fenomeni. — Per lunga pezza si è creduto, con Undervood e Duncan, che la forfora *favosa* e *scutulata* stabiliva sua sede ne' bulbi de' capelli. Però Sauvages, Murray, Mahon considerarono la malattia siccome un'alterazione de' follicoli sebacei. In fine secondo il Signor Letenneur, medico famoso a Challans, il quale nel 1838 scrisse una tese eccellente su questo soggetto, il favo si manifesterebbe nel bulbo del follicolo de' peli, e non nel corpo di quest'ultimo, che sarebbe ordinariamente intatto. La facilità colla quale si strappano i capelli e l'alopecia consecutiva non sono, come si è preteso, una prova dell'alterazione del bulbo; poichè crediamo, col Signor Letenneur, che la poca resistenza de' capelli dipende dal perchè i loro ligami naturali sono distrutti quando la crosta favosa ha dilatato il follicolo e dopo che l'epidermide si è distaccato. Nel favo non avvi dunque alterazione del capello o del bulbo, ma bensì lesione di segrezione della materia che lubrifica e nutrice il pelo; il capello è alterato soltanto dal punto del condotto pilifero, e non lo è affatto tra questo ed il bulbo. Il Signor Cazenave è della stessa opinione. Questo medico, come pure il Signor Letenneur spiegano l'alopecia, non per la distruzione de' bulbi, ma per la oblitterazione dell'orificio del canale pilifero, per effetto delle cicatrici, e non per la distruzione radicale de' capelli, poichè, dopo la guarigione, questi possono vedersi ripiegati su di loro stessi a traverso le cicatrici. I bulbi però, le cui funzioni son diventate inutili ed anche impossibili, non tardano ad atrofarsi ed a scomparire. S'ignora la causa produttrice della depressione a forma di ciottola delle croste, e la spiega data dal Signor Baudelocque di questo fenomeno non si accorda con i dati anatomici.

La forfora è una malattia pustolosa, e di ciò si può esser convinto da quel che precede. Essa è una flemmasia specifica, e non ha alcun rapporto colla sifilide, siccome lo credeva Rosen. In quanto alla idea data dal celebre professor Scheenlein di Berlino, e sostenuta recentemente da signori Gruby e Robin, che il favo cioè altro non sarebbe se non che un vegetabile della clas-

se de' criptogami, è questa una opinione strana, la quale non à trovato sin ora alcun difensore tra i dermatologi (vedi per lo studio di questa quistione, l'opera del Signor Robiq, intitolata: *Des végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants*).

DELL' ETTIMA

La parola *ettima* serve ad indicare una flemmasia cutanea caratterizzata da pustole *phlyzaciées*, di un volume molto considerabile, ordinariamente discrete, colla base rossa ed infiammata, alle quali succede una crosta brunastra più o meno spessa, la quale è poscia sostituita da una macchia rossastra o da una piccola cicatrice (1).

Sintomi. — L'ettima presenta alcuni prodromi nel solo caso in cui la eruzione deve essere numerosa ad un tratto; il più delle volte però le pustole nascono successivamente, e non si osserva alcun prodromo. La malattia si manifesta con certi punti rossi, duri, protuberanti, circoscritti, e che offrono sin dal secondo giorno un color bianco, in ragione del pus che contengono; al terzo ed al quarto giorno, la pustola è ben formata; la sua base è dura, di color rosso vivo o livido. Verso il settimo il tumore si apre; il pus si condensa sotto forma di croste gialle, brune o verdastre, le quali si separano dal secondo al quindicesimo giorno. In generale l'eruzione percorre i suoi periodi senza risvegliare alcuna reazione febbrile. Però avvi spesso un certo mal'essere ed anoressia, comunemente vi sono dolori lancinanti nella parte affetta; questi dolori sono molto vivi quando molte pustole sono confluenti, ed in questi casi si osserva un ingorgo doloroso de' gangli linfatici vicini.

Tali sono i caratteri ed il corso dell'ettima che può chiamarsi acuto. Raramente però la malattia siegue questo andamento: in fatti, quasi sempre si veggono alcuni gruppi di pustole nascere successivamente per molti mesi di seguito; e ciò caratterizza l'ettima *cronico*, che è la forma abituale della malattia. Ciascuna di queste eruzioni è accompagnata dagli stessi fenomeni, che abbiamo descritti antecedentemente. L'ettima cronico presenta alcune particolarità. secondo lo stato costituzionale degli ammalati: quindi, quando assale fanciulli deboli e mal nutriti, le pustole sono ineguali tra esse pel volume; le une suppurano e si coprono di croste; le altre diminuiscono a poco a

(1) Da *exuberare* rompere con furore, o da *exuberans*, io esalo, è stato spesso impiegato da' Latini, come sinonimo di pustole.

poco, ed offrono molte desquamazioni successive; in fine alcune sono seguite da profonde ulcerazioni (*Et. infantile* di Willan). Ne' vecchi deboli, o in quelli dati alla ghiottoneria, l'ettima si presenta egualmente sotto un aspetto insolito: quindi la pelle è di un color rosso livido, la pustola è nerastra, a causa del sangue che contiene; la crosta offre lo stesso colofito; essa si forma più lentamente, e può rimanere aderente alla pelle per molte settimane ed anche per molti mesi. Quando la crosta si distacca, lascia spesso allo scoperto un'ulcera di cattiva natura, la cui cicatrizzazione è lunga e difficile (*E. cachecticum* di Willan).

L'ettima può sviluppare quasi su tutte i punti della pelle; si osserva però specialmente alle membra, alle spalle, alle natiche, al collo ed al petto. Raramente si osserva alla testa. Le pustole possono invadere successivamente molte regioni; il più delle volte sono circoscritte ad una sola parte, per esempio, ad un membro.

Diagnosi. — L'ettima non può confondersi coll'acne o colla sycosis, anche quando le pustole hanno la base dura e rossa; poichè in queste due ultime malattie, le pustole sono più piccole, il loro corso è lento, l'induramento della base persiste più o meno lungo tempo, mentre che le pustole dell'ettima sono più larghe, più superficiali e non sono mai accompagnate da induramenti; in fine le croste istesse hanno un aspetto differente. Torna facil cosa distinguere l'ettima dalla *rupia*; ma abbiamo veduto che qualche volta la bolla di quest'ultima era purulenta, o conteneva un sangue nerastro, come nell'ettima *cachecticum*. Anche in questo caso però sarà cosa facile distinguere il carattere bollosa, e se a tanto non si giungesse, l'aspetto delle croste simili alle scaglie delle ostriche, e le profonde ulcerazioni farebbero conoscere la vera natura della malattia. Le pustole del vaiuolo, della vaccina e del favo sono differenti dall'ettima per la loro forma ombelicata, pel loro andamento, e pel loro carattere contagioso. In fine diremo in seguito come si distingue l'ettima dalla empetigine e dalle pustole sifilitiche.

Pronostico. — L'ettima non offre per se stesso alcun pericolo, e solo è incomodo per lo stato di debolezza, di cachessia, e di complicate intestinali, che si manifestano specialmente ne' vecchi e ne' ragazzi.

Etiologia. — Sembra che l'ettima affligga in preferenza gli uomini, quelli indeboliti per qualche lesione viscerale, gl'individui miserabili e suicidi, quelli dediti alla ubriachezza o che esercitano mestieri che espongono la pelle al contatto delle sostanze irritanti. In fine l'ettima complica spesso diverse malattie della pelle, specialmente il vaiuolo e la scabbia.

Cura. — Le bevande diluenti, le lavande emollienti, i bagni tiepidi, alcuni blandi purganti, sono i soli mezzi che bisogna apporre contro l'ertima acuto. Se poi la malattia si prolunga, bisogna modificare lo stato costituzionale; quindi gli ammalati essendo d'ordinario macilenti, deboli, cacochimici, conviene rianimar le forze mediante una convenevole igiene, coll'uso de' bagni di mare, gli amari, i tonici ed i ferruginosi. Le ulcerazioni che succedono alla caduta delle croste possono essere talmente infiammate da richiedere una medicatura topica emolliente; il più delle volte però l'ulcera è atonica, ed allora bisogna ravvivare la sua superficie colle lavande stimolanti, con i digestivi e la cauterizzazione.

DELL' EMPETIGGINE

Sinonimia. — Empetigine crustacea, melitagre d'Alibert.

L'empetigine è una malattia non contagiosa, caratterizzata dalla eruzione di piccole pustole *psyracées*, agglomerate o discrete, le quali distaccandosi, formano delle croste gialle, rugose e spessite.

Divisioni. — La disposizione delle pustole ha fatto ammettere due varietà principali d'empetigine. Quando le pustole sono agglomerate sopra una superficie più o meno circoscritta, ed alla quale può assegnarsi una forma qualunque, circolare o ovale, Willan dà all'empetigine il nome di *figurata*: mentre che quando le pustole sono sparse e non presentano alcuna forma regolare, l'empetigine dicesi *sparsa*: queste due varietà possono esistere allo stato acuto e cronico. In fine, seguendo l'esempio di Bielt, de' signori Cazenave e Schedel, ec., riporteremo alla empetigine le malattie descritte da Willan sotto il nome di *porrigo larvalis* e *porrigo granulata*, affezioni che altri han confuso sotto il nome generale di *tigna*, espressione la quale non è più in uso nel nostro linguaggio attuale.

Sintomi. — L'*impetigo figurata* occupa d'ordinario le guance; si osserva meno spesso sulle membra, e più di rado ancora sul tronco. Comunemente si manifesta senza prodromi. Si osservano uno o molti punti della pelle rossi dove a luogo un calore ed un prurito incomodo: tosto si sviluppa su queste piastre un maggiore o minor numero di piccole pustole, poco protuberanti, le quali, in trenta sei, quarantotto o settantadue ore o più tardi, si aprono e mandano un liquido purulento che forma delle croste gialle, friabilissime, semi trasparenti, che anno paragonate al sugo gommoso di certi alberi, o al mele disseccato. Alla circonferenza di queste croste, che invadono qualche volta una parte del volto, si trovano generalmente alcune

pustule ancora intatte. D'altronde per lo sviluppo delle pustole alla circonferenza delle croste si osserva la malattia, dapprima limitata, occupare poscia un grande spazio. L'empetiggine rimane stazionaria per un tempo che varia tra due e quattro settimane: allora il prurito ed il calore sono minori; le croste cadono, e la porzione della pelle che lasciano denudata ora è rossa, lucida e tesa, altre volte escoriata ed aggrinzita. Queste superficie tramandano un untume abbondante che addiuvane la sorgente di novelle concrezioni, o pure la crosta rimane, ma sotto di essa si forma una ulcerazione che distrugge la pelle e lascia una cicatrice deforme (*imp. rodens.*) Ciò osservasi soltanto nella empetiggine del naso. In altri casi, una eruzione di novelle pustole à luogo sulle superficie affette ed è accompagnata da' sintomi locali che hanno distinta la prima eruzione. Allora la malattia è passata allo stato cronico: il derma infiammato acquista una spessezza più o meno considerabile. La empetiggine *figurata* che à sede sulle membra, sul tronco, presenta gli stessi caratteri di quella della faccia, solamente le piastre sono più larghe: ciò à luogo specialmente per quelle che si sviluppano sulle membra inferiori. In fatti, in questo caso, si veggono alcune volte delle croste molto estese capaci di avvolgere l'intero membro. Queste durano allora moltissimo tempo; sono di un colorito bruno giallastro carico (*imp. scabida* di Willan). In questi casi, i movimenti del membro sono difficili e dolorosi; avvi prurito insopportabile, ed edema; le unghie cadono, e se qualche porzione di croste si separa, è tosto sostituita da una novella concrezione formata dal fluido esalato.

Abbiamo già detto quale era la disposizione delle pustole nell'empetiggine *sparsa*: questa varietà della malattia assale soltanto le membra, e la sua sede di predilezione sono le gambe. Le pustole sieguono il corso istesso della empetiggine *figurata* e si accompagnano allo stesso prurito: questa specie tende a divenir cronica più della forma precedente.

L'empetiggine la quale alcune volte dura soltanto due o tre settimane, può prolungarsi per molti anni consecutivi, e se è molto estesa indolisce in fine la costituzione. Quando la malattia deve avere un esito felice, il prurito ed il calore diminuiscono, come anche il trasudamento untoso; le croste s'impiccoliscono e cadono senza riprodursi; la superficie ammalata si restringe; lo ingorgo della pelle diminuisce a poco a poco non che il suo colorito violaceo, il quale è il fenomeno morboso che scompare l'ultimo.

Ci rimane a far conoscere due specie d'empetiggine le quali occupano soltanto la testa, e si osservano specialmente nei fanciulli: intendo parlare dell'empetiggini *larratis* e *granulata*. La prima, la quale altra cosa non è se non che la rogna,

à ricevuto il suo nome dalla maschera che forma sul volto (*larva*, masque): questa era la tigna mucosa di altra volta. Occupa la fronte, le guance, il mento de' ragazzi all'età di uno a quattro anni: La pelle è rossa od infiammata; le pustule sono discrete o confluenti; esse presentano uno scolo abbondante, viscoso, giallastro quando si screpolano, ed il liquido condensandosi, può coprire tutta la faccia di una specie di maschera giallastra, umida: può anche estendersi al tronco ed al cuoio capelluto senza distruggere mai il bulbo de' capelli. Questa eruzione si accompagna a prurito e spesso a dolore, può seguire un corso acuto, produrre il gonfiamento de' gangli sotto mascellari e cervicali ed accompagnarsi a febbre. Il più delle volte però la malattia è cronica; le croste cadono e si riproducono molte volte prima di guarire.

La seconda forma d' empetiggine è stata chiamata *granulata* (*tigna granulata*); essa si sviluppa sul cuoio capelluto dei fanciulli di due a otto anni de' quali si à poca cura. Essa è caratterizzata da pustole che mandano un liquido abbondante, il quale si condensa. Quando le croste si distaccano, sono attaccate a' capelli, e rassomigliano a' frammenti di smalto o di gesso caduto dalle mura, e sporcato dall' umido e dalla polvere: i capelli non sono mai distrutti; se cadono qualche volta, quest' alopecia è semplicemente momentanea. La empetiggine granulata dura raramente più di due o tre mesi, spesso si guarisce dopo alcune settimane mediante la nettezza.

Diagnosi. — Il carattere pustoloso stabilisce abbastanza la differenza della empetiggine dalle eruzioni erpetiche ed eczematose. La eruzione che occupa il mento potrebbe essere confusa colla mentagra; ma richiamando alla mente che nella empetiggine le pustole sono piccole e ravvicinate, che il trasudamento untoso è abbondante, che le croste sono dense, di un color giallo verdastro e semi trasparenti, che finalmente non esiste alcuna callosità della pelle, si stabilirà il vero carattere della malattia.

L' empetiggine sarà sempre distinta facilmente dal favo e dalle sifilidi pustolose.

In quanto alla forfora *scutulata*, differenze essenziali esistono tra essa e l' empetiggine *figurata*, sia che si considerino le pustole, sia che si esaminino le croste. In fatti, per la prima, le pustole, appena visibili, e la concrezione de' liquidi è sollecita: nella empetiggine poi, le pustole hanno un certo volume, e la crosta si forma soltanto dopo alcuni giorni. Se si à riguardo alla concrezione, questa si troverà più spessa nella empetiggine, che si riproduce facilmente quando si distacca, senza che vi sia bisogno di una novella eruzione; in fine l' empetiggine non è affatto contagiosa e non produce l' alopecia.

Pronostico. — Essa è simile all'ettima.

Etiologia. — L'empetiggine si sviluppa spesso per l'azione delle sostanze irritanti sulla pelle. Quando è spontanea, si crede più frequente in autunno e nella primavera, in quelli di temperamento linfatico e sanguigno, ne' ragazzi, i vecchi e le donne all'età critica. In fine le passioni tristi, gli eccessi, il cattivo regime sono stati considerati siccome cause le quali favoriscono lo sviluppo della malattia. Nessuna di queste opinioni però è stata ancora giustificata da una severa osservazione. Intanto è quasi dimostrato che la empetiggine assale il più delle volte i fanciulli poveri anziché quelli della classe comoda. Questa malattia non è mai contagiosa.

Cura. — Nella forma acuta dell'empetiggine, bisogna ricorrere a mezzi precedentemente consigliati per lo stato acuto dell'ettima e della sycosis; ma quando la malattia passa allo stato eronico, le preparazioni solforose sotto forma di bevande, di bagni e di docciature, saranno utilissime. Si prescrivono pur anche i bagni le docciature ed i vapori semplici. Quando la malattia resiste a questi mezzi, alcuni vogliono che si modifichino le parti mediante l'applicazione di un vescicante, o la cauterizzazione col nitrato di argento, o le unzioni colla pomata di protonitrato di mercurio (120 centigramme con 32 gramme di sugna). In fine alle empetigginie che si sono mostrate ostinate a questi mezzi, anno opposto le preparazioni arsenicali e specialmente la soluzione di Pearson (arsianato di soda, 20 centigramme in 120 gramme di acqua distillata, da darsene da 12 gocce a 4 gramme e più nel corso del giorno).

L'empetiggine *larvalis* (o la rogna-) in generale esige solamente la pulizia, le lavande frequenti con sostanze mucilagginose, i bagni, qualche volta i lassativi ed un sutorio al braccio. Non bisogna dimenticare che la empetiggine *larvalis* è qualche volta un utile emontuorio; per conseguenza non deve soprimersi troppo sollecitamente. Nella empetiggine *granulata*, bisogna sollecitare la caduta delle croste con i cataplasmi emollienti, e subito che la infiammazione è calmata, conviene ricorrere alle lavande ed alle pomate alcaline, e qualche volta alle preparazioni solforose sotto forma di docciature e di lavande.

QUARTA CLASSE DI MALATTIE

DELLE EMORRAGIE

Intendisi per *emorragia* qualunque uscita di sangue fuori de' vasi destinati a contenerlo, sia che questo liquido si spandi sopra una superficie libera, sia che si spandi nella spessezza di un organo o di un tessuto. In quest'ultimo caso, spesso la emorragia chiamasi *apoplessia*. *

Storia. — Gli antichi autori hanno conosciuto le principali specie di emorragie: Ippocrate ne ha parlato in molte delle sue opere, e le ha considerate soltanto sotto il punto di veduta pratica: i suoi successori però non imitarono questa riserbatezza. Abbandonando la via della osservazione, tutti vollero spiegare, mediante le teorie regnanti, la causa prossima delle emorragie ed il meccanismo della loro origine. Preoccupati de' loro vani sogni, quasi tutti, eccetto Stahl e F. Hoffmann, trascurarono tutto ciò che vi è di positivo nella storia di queste malattie. Si potrà essere convinto leggendo le opere di Lordat e de Latour, pubblicate al principiar di questo secolo, quanta incertezza offriva a quest'epoca la storia delle differenti specie di emorragie. Da quell'epoca in poi però le ricerche cadaveriche numerose ed una migliore direzione nello studio de' fenomeni morbosi hanno molto illuminato lo studio di questa classe di malattie. In occasione di ciascuna emorragia in particolare, diremo i nomi de' medici i quali, co' loro travagli, hanno meglio perfezionato la storia; debbo però dapprima far menzione, siccome capace di recar vantaggio, il riassunto che il Signor Chomel ha ben tracciato sulle emorragie in generale, nel tomo XV° del *Dictionnaire de médecine* (année 1837).

Divisioni. — Le emorragie che appartengono alla patologia medica sono state chiamate *spontanee*, per lo contrario delle emorragie traumatiche che sono di pertinenza chirurgica, perchè le cause che producono le prime sono sempre oscure e spesso anche sconosciute. Le emorragie spontanee sono state distinte in *sintomatiche* ed in *essenziali*. Le prime si rannodano alla esistenza di una malattia antecedente, esse costituiscono uno dei suoi sintomi; al contrario le emorragie essenziali non sono il sintomo di alcuna malattia antecedente distinta: qui la emorragia forma allora a se sola tutto lo stato morboso. Gli autori hanno anche distinto le emorragie in *attive* e *steniche*, in *passive* o *asteniche*, in *costituzionali*, *accidentali*, *succedanee*, *critiche*, in *interne* ed *esterne*, espressioni delle quali ne fisseremo più tardi il valore. In fine è detto poco fa che le emorragie erano ora *interstiziali*, ed ora si formano sulle *superficie libere*; a queste ultime soltanto si rapportano le generalità delle quali ci stiamo occupando.

Anatomia patologica. — Quando si esamina sul cadavere un organo il quale, durante la vita, è stato la sede di una emorragia essenziale, non si osserva alcuna modifica distinta nella sua struttura; dunque gli antichi a torto supponevano che, in questi casi, esisteva sempre qualche erosione manifesta de' vasi arteriosi e venosi, opinione la quale fu d'altronde vittoriosamente rifiutata dalle ricerche necroscopiche del Morgagni, e specialmente da quelle di Bichat. L'organo o il tessuto alla super-

ficie del quale la emorragia ha luogo il più delle volte è pallido, scolorato: altre volte è rosso, più umido ed ecchimosato: premendolo geme un sangue o un siero rossastro; in fine i vasi sanguigni sono ingorgati sino ad una certa distanza; in una parola esistono tutti i caratteri di una vivissima congestione. La mancanza di una erosione palpabile de' tessuti, bisogna ammettere che le emorragie essenziali e la maggior parte di quelle che sono sintomatiche di un' alterazione de' solidi e de' liquidi costituiscono una vera segregazione morbosa, e che in questi casi, il sangue è esalato secondo lo stesso meccanismo del muco, del siero e del fluido perspiratorio. Ci riesce però assolutamente impossibile determinare la causa intima di un simile fenomeno, e tutto ciò che si è detto a questo oggetto non merita di essere discusso dagli spiriti gravi. Quando la morte è stata prodotta dall'abbondanza della emorragia, si rinviene il sistema circolatorio quasi vuoto, il sangue che contiene è pallido e sieroso; tutti gli organi sono scolorati ed il cuore è contratto su di se stesso. Il Signor Beau, poi, ha detto (*Archives* del 1845) che in quelli morti dopo aver sofferto delle emorragie ripetute, il cuore si trovava ipertrofiato e dilatato: questo fatto però non è ancora stabilito su prove certe, poichè sin ora esistono soltanto alcune esperienze praticate sugli animali.

Sintomi. — I sintomi delle emorragie differiscono molto, secondo gli organi da' quali hanno luogo, e secondo che lo scolo sanguigno è più o meno abbondante. Molte emorragie sono precedute da segni di una congestione più o meno forte verso l'organo che deve essere la sede della esalazione sanguigna. Quindi l'insieme de' sintomi che osservasi è quello che caratterizza ciò che Stahl chiama il *molimen hemorrhagicum*, o lo sforzo emorragico. Il sangue scappa allo esterno poco dopo essere stato esalato (*emorragia esterna*); altra volta scappa e rimane in una cavità (*emorragia interna*). Nell'uno e nell'altro caso, si osservano i sintomi la cui gravità sta in rapporto della quantità del sangue perduto. Se la emorragia ha luogo rapidamente, e se è abbondante, gli ammalati sono assaliti da orripilazioni, la faccia e tutta l'abitudine del corpo impallidiscono, gli estremi si raffreddano; le tendenze alle lipotimie vengano in campo; il polso si fa depresso e celere. Ad un grado anche più considerabile, si osservano gli sforzi di vomiti, le involontarie evacuazioni alvine, i movimenti convulsivi, una specie di delirio o di coma vigile (*Marsaball-Hall*), e le sincopi che frenano o moderano la emorragia. In fine quando la perdita è eccessiva, la morte può aver luogo in pochi istanti.

Quando la emorragia è esterna, il sangue che scappa fuori è ora rosso, ora più o meno pallido, alcune volte è fluido, mentre altre volte è aggrumito; in fine, vien fuori puro o mi-

sto a diverse sostanze solide, liquide gassose. La sua quantità varia da alcune gocce sino a 6 o 8 chilogrammi.

Quando la emorragia è stata abbondante, quando gli ammalati colpiti da sincope perdono la conoscenza, si sviluppa più o meno rapidamente uno stato di reazione molto ben descritto da un eccellente osservatore, il dottore Marshall-Hall di Londra. Questa reazione è caratterizzata dal calore della pelle, dallo sviluppo del polso; che addivene ampio, duro e dicroto; nello stesso tempo, l'impulso del cuore è forte; quest'organo è la sede di un rumor di soffio o di raspa, la respirazione è frequente, avvi sete, le urine son rosse e rare. Questi fenomeni di eccitamento in generale cedono dopo dodici o trentasei ore: raramente durano più di due giorni. Quando la emorragia non si riproduce, gli ammalati entrano in convalescenza, ma le forze ritornano sempre lentamente. Se poi la emorragia è stata poco abbondante, la convalescenza appena esiste; spesso siate la perdita del sangue è seguita tosto da un eccellente stato di salute, il che osservasi, per esempio, ne' casi in cui la emorragia a avuto luogo per effetto di pletora (1).

Corso, durata. — Il corso delle emorragie varia d' assai. Ora si manifestano bruscamente e finiscono dopo alcuni minuti di durata; ora perdurano senza interruzione per molti giorni, molte settimane, ed anche molti mesi; in fine più frequentemente si rinnovellano dopo una interruzione di un tempo più o meno considerabile. Quando l'emorragia si riproducono in questa guisa molte volte di seguito gli ammalati divengono anemici, e sperimentano tutti gli accidenti, che abbiamo descritto altrove. (Vedi *Anemia*) Il lor sangue è distinto per la diminuzione de' globetti: spesso questa è la prima e la sola lesione che il liquido presenta; ma se la emorragia continua, o si manifesta tutta ad un tratto eccessiva, la fibrina ed i materiali solidi del siero diminuiscono successivamente: il che è stato stabilito dal Signor Andral nelle sue *Recherches d'hématologie*.

Varietà. — Gli autori ammettono molte specie di emorragie, avendo riguardo alle condizioni in cui si manifestano,

(1) Il Signor Beau in un lavoro pubblicato negli *Archives* (1843) a emesso delle idee che non si saprebbero accettare. In fatti pretende che il polso è piccolo e debole solamente nelle prime ore dopo una emorragia, ma che a capo di alcune ore il sangue è prontamente riparato dallo assorbimento delle bevande. Allora, egli aggiunge, si vede il polso addivenir più ampio di quel ch'era prima. Il suo sviluppo è tanto più distinto, in quanto che l'emissioni si ripelono più spesso. Egli dice che solo in questo caso si manifestano i rumori arteriosi. Il Signor Beau spiega il loro sviluppo per la poliemia sicrosa che suppone esistere. Noi non sapremmo ammettere alcuna di queste proposizioni, che daltronde ci sembrano contraddette dalla quotidiana osservazione.

ed a' sintomi generali che le accompagnano. Quindi si è detto che la emorragia è *attiva* quando manifestandosi in un individuo forte e pletorico, è annunziata da' fenomeni propri al *molimen hemorrhagicum*, e si accompagna ad uno stato di reazione quasi febbrile, che finisce collo scolo del sangue. Questa specie di emorragia forma in qualche modo il suo proprio rimedio; essa cessa pel solo fatto dello scolo di una certa quantità di sangue. (Chomel).

L'emorragie *passive* sono quelle che affettano in preferenza gl'individui cachetici, ed allievoliti da una causa qualunque; non presentano prodromi; nè si associano ad alcuna reazione; il sangue che spiccia fuori è sieroso, nerognolo, e difficilmente si coagula.

Si è veduto che l'emorragie eran molto soggette a recidiva. Vi sono alcuni individui ne' quali si riproducono ad intervalli più o meno ravvicinati, e qualche volta regolari. La loro non comparsa ad epoche, in cui eran solite manifestarsi, traggono seco accidenti più o meno gravi. Dunque vediamo che la emorragia costituisce allora un bisogno della economia; è una specie di funzione supplementaria, che fa d'uopo rispettare. Queste emorragie si appellano *costituzionali*: hanno l'importanza di un flusso mestruo. Si osservano frequentissimamente nelle persone della stessa famiglia, benchè di costituzione assai diversa; si ravvicinano molto all'emorragia attiva. Quando son periodiche il più delle volte han luogo dallo stesso organo; altre volte da un organo differente. In questo ultimo caso dicesi che la emorragia è *deviata*, o *supplementaria*, o *succedanea*. Alla perfine la emorragia può essere *critica* quando sopravvenendo nel corso di una malattia è seguita da un cambiamento vantaggioso all'ammalato.

Diagnosi. — Galeno, Solano di Lucques, Fouchet, Bordeu, ec.: pretendevano potersi predire la prossima manifestazione di una emorragia da' caratteri del polso: torna superfluo oggidì discutere una opinione cui i fatti meglio osservati han dato una formale smentita. Altri segni non esistono che potessero far sospettare una imminente emorragia, meno quelli precedentemente indicati, siccome caratteristici di una iperemia locale. Quando la emorragia si è manifestata, se è esterna non avvi difficoltà di ravvisarla: solamente se il sangue esalato in un organo profondo non si manifesta esternamente se non dopo aver attraversato lunghi canali, potrà difficilmente precisarsi il suo punto di partenza. Se per contrario la emorragia è interna, ed un poco abbondante, sarà sospettata dal perchè i malati soffrono de' brividi, la pelle perderà il suo colorito, ed il suo calore; in fine si osservano gli sbadigli, le lipotimie, e quella serie di sintomi, che abbiamo innanzi notato nelle per-

dite di sangue alquanto considerevoli. La maggior difficoltà però nella diagnosi dell' emorragie consiste in determinare se sieno *essenziali*, o *sintomatiche*: è questo un problema che procurerò di precisare quando tratterò di ciascuna di esse in particolare. Qui mi basta dire in generale col Signor Chomel che ad eccezione dell' epistassi, e del flusso emorroidale, tutte le altre, che han luogo dalle membrane mucose, son quasi sempre sintomatiche.

Prognosi. — La gravezza del pronostico sarà calcolata per la sede della emorragia, l'abbondanza, le recidive e secondo che la malattia è essenziale o sintomatica. In molti individui la emorragia è utile; i casi poi in cui nuoce sono molto più numerosi. Non si potrebbe dunque, all' esempio di Stahl, vedere nell' emorragie una funzione essenzialmente diretta da una potenza intelligente per sgravare la economia da un sangue sovrabbondante, e che potrebbe in prosieguo produrre i più gravi accidenti, ogni qual volta non venisse espulso.

Etiologia. — Non vi è tessuto nella economia che non possa divenir la sede di una emorragia. Questa malattia però si osserva specialmente negli organi e ne' tessuti più vascolari, in quelli che hanno una tessitura molle e delicata: probabilmente ciò spiega la speciale disposizione che hanno le membrane mucose ad essere colpite dalle emorragie. Esse si sviluppano in tutte le età; l'adolescenza però e la età matura sono i periodi in cui le perdite del sangue sono più frequenti; d'altronde, siccome lo vedremo in seguito, la età spiega la più grande influenza sulla determinazione della sede delle emorragie. In generale sono più frequenti nelle donne che negli uomini: in quelle sono spesso supplementarie del flusso mestruo. Il temperamento sanguigno e pletorico, gl'individui nervosi; irritabili, sono i più predisposti alle emorragie essenziali. L'eredità è pure una causa possente. Vi sono in oltre individui talmente predisposti a' flussi sanguigni, da soffrirli alla menoma causa: la più leggiera soluzion di continuo, siccome una morsicatura di sanguisuga, dà luogo qualche volta ad uno scolo di sangue considerabile ed interminabile. Altre volte queste emorragie hanno luogo da uno o molti punti contemporaneamente, in modo spontaneo, e senza alcuna precedente soluzion di continuo. In vano si è cercato sin oggi per poter conoscere la condizione organica la quale fa sì che in cert' individui, il sangue trasuda con tanta facilità. Diremo forse che in questi il sistema capillare, colpito da atonia, non ha più la forza di contenere il sangue? Non sarebbe altro che una ipotesi, la quale non può essere verificata. O pure diremo che il sangue è alterato nella sua composizione? La cosa mi sembra più probabile. Ma in che consiste quest' alterazione? avvi forse modificazione nella tessi-

tura istessa de' globetti come inclinerebbe a farlo credere un fatto pubblicato pochi anni fa dal Signor Tardieu, o pure deve supporre la esistenza della fibrina in minor quantità? Lo ignoriamo ancora. È cosa però certa, come lo ha dimostrato il Signor Andral, che la perdita della fibrina del sangue, in molti casi addiuvien la causa o almeno la lesione concomitante di molti scoli sanguigni che presentano un carattere passivo. Quindi in quelle malattie in cui si osserva specialmente la distruzione della fibrina si osserva il maggior numero delle emorragie passive. Lo abbiamo osservato precedentemente nelle piressie, specialmente nelle febbri tifoidee e nella febbre gialla, nel vaiolo e nella scarlattina. La influenza della perdita della fibrina del sangue sulla produzione delle emorragie, è stata dimostrata dal Signor Magendie. Tutte le sostanze virulenti, putride, miasmatiche o altre le quali, introdotte nel sangue, lo rendono meno coagulabile, e lo liquefanno, sono dunque le cause possenti delle emorragie. I profondi disturbi del sistema nervoso possono anche produrre lo stesso effetto; niente però esiste di ben dimostrato a questo oggetto. Lo stato opposto, cioè un sangue ricco di globetti, siccome si osserva nella pletora, è pure una causa delle emorragie; queste però sono sempre di natura stenica. La maggior parte delle emorragie costituzionali coincidono probabilmente con questo stato del sangue; si andrebbe incontro ad un grave errore però se si volesse credere che tutte le emorragie attive dipendono dall'aumento de' globetti, poichè in molte quest'alterazione non esiste o non è affatto probabile: tali sono, per esempio, le emorragie che hanno luogo per lo impulso troppo vivo impresso alla circolazione da un cuore ipertrofiato, o pure quelle che risultano dall'esporsi ad un freddo troppo intenso o ad un calore troppo vivo, o pure alle istantanee variazioni della temperatura o alla pressione atmosferica. Le condizioni generali climateriche spiegano perchè di tempo in tempo certe emorragie regnano epidemicamente, siccome si osservò nel 1699 a Breslaw, o anche in modo endemico, come sembra per la ematuria nella nostra antica colonia dell'Ile-de-France. La mancanza della fibrina e lo stato di liquefazione del sangue non possono pertanto spiegare tutte le emorragie passive: molte di esse in fatti, dipendono da cause affatto locali; tali sono, per esempio, quelle prodotte da un ostacolo nella circolazione, e quest'ostacolo ha sede nel cuore, o nelle arterie, o nelle vene; tali sono puranche quelle emorragie fulminanti che si manifestano dopo il parto, quando l'utero colpito da atonia, i vasi rimangono aperti e gementi sangue, ec. Conveniamo in fine che esistono emorragie del carattere di quelle che chiamansi sintomatiche, manifestamente prodotte dalla lesione materiale di un solido, senza che si possa determi-

nare come questa abbia agito per provocare la emorragia. Ecco perchè torna impossibile poter dimostrare in che modo alcuni tubercoli cresciuti ne' polmoni, o uno scirro limitatissimo dello stomaco o dell' utero, agiscono per dar luogo ad abbondantissime emorragie, che qualche volta si mostrano ostinate. Voler supporre esservi in questo caso la rottura di un vaso, sarebbe voler emettere una opinione la quale è contraddetta dalla anatomia patologica. Intendo parlare soltanto del primo periodo delle lesioni organiche; poichè in prosieguo, quando i prodotti accidentali si sono ammolliati ed ulcerati, si trova qualche volta nella distruzione di un vaso la causa materiale dell' emorragie che sono state osservate durante la vita.

Cura. — Raramente accade di dover rispettare una emorragia, ed a maggior ragione eccitarla: questi fatti sono eccezionali e che faremo conoscere in seguito. Nella quasi totalità de' casi, la emorragia costituisce una malattia la quale deve tosto esser curata, poichè non siamo più in quei tempi in cui, allo esempio di Stahl, i medici credevano che bisognasse in generale favorire le emorragie, eccitarle qualche volta, e non sopprimerle mai, a meno che non fossero arrivate ad un grado eminente, o se si manifestavano in certi luoghi in cui potevano essere pericolose. La cura delle emorragie varia moltissimo secondo la loro natura, la loro sede e le cause che le hanno provocate. Se la emorragia è attiva e poco abbondante, basta il riposo del corpo e dello spirito, il soggiorno in una dolce temperatura, l'allontanamento da tutte le cause capaci di far fluire il sangue verso l'organo pel quale la emorragia è luogo. Quando però lo scolo succede da un organo importante, quando esistono nello stesso tempo tutti i segni di uno stato pletorico o di una forte iperemia locale, o anche quando la emorragia è molto abbondante da indebolire gli ammalati, e minaccia di prolungarsi per molto tempo; allora conviene usare un salasso generale ed anche molti: gli ammalati saranno sottoposti alla dieta, si prescriveranno le bevande temperanti, fresche o ghiacciate. La flebotomia deve preferirsi a salassi locali, i cui effetti sono più lenti: in questi casi è stato pur anche raccomandata la digitale, nello scopo di moderare i battiti del cuore, i purganti ed i rivellenti cutanei, non che i diuretici, per operare una derivazione nello stato flussionario, purchè però non esista qualche controindicazione. Sono state puranche consigliate le ligature alle membra e la compressione alle arterie per moderare l'afflusso del sangue verso gli organi. In fine quando la emorragia si prolunga, bisogna ricorrere all'applicazione locale del freddo, e se lo stato delle parti lo permette, alla compressione ed al tamponaggio. Nelle emorragie ostinate, ed accompagnate a grande debolezza, come quelle che sono primi-

tivamente passive, bisognerà pur anche ricorrere all' uso de' medicamenti; ne quali si è conosciuta la proprietà emostatica; tali sono gli astringenti, sia che si applichino sull' organo da dove à luogo la emorragia, sia che si amministino internamente. In questi casi, si ricorrerà principalmente all' uso della limonea minerale, della decozione di nocce di galla, di scorza di quercia, di granato, di cachou, alle preparazioni di ferro, di rame, di piombo, alla polvere del sangue di drago, e specialmente all' estratto di ratania. I medici italiani hanno molto lodato la segala cornuta, non solo nelle metrorragie, ma anche in tutte le altre emorragie essi l' hanno considerata come un possente emostatico, ed hanno consigliato di amministrarla anche nei casi di emorragia attiva; la pratica però non giustifica affatto questa opinione. In fine quando nonostante i mezzi precedenti le emorragie si prolungano, conviene spesso di stabilire un punto permanente di suppurazione mediante un vescicante o un cauterio applicato in un punto più o meno lontano.

Quando una sincope à luogo nel corso di una emorragia grave, conviene spesso rispettarla, poichè la emorragia finisce mentre quella dura; molti feriti abbandonati sul campo di battaglia vanno debitori della loro guarigione a questo accidente.

Nell' intervallo delle emorragie passive, si prescriverà un regime tonico e l' uso de' ferruginosi; i quali sono i mezzi più possenti per prevenirne il ritorno. Una emorragia costituzionale deve essere rispettata: però quando è troppo abbondante, bisogna moderarla. Se à luogo da un organo importante, si cercherà di spostarla, producendo periodicamente verso un altro punto un movimento flussionario. Finalmente quando la emorragia è supplementaria sarà sempre vantaggioso richiamare l' antica emorragia.

Torna quasi inutile il dire che, nelle emorragie, diverse indicazioni possono presentarsi utili a doversi compiere. Quindi quando avvi imbarazzo gastrico ed intestinale, si amministreranno gli evacuanti, poichè spesso questa sola indicazione soddisfatta basta per vedere cessare certe ostinate emorragie: in questi casi si è supposto che esse dovevano esser sintomatiche dal disturbo degli organi digestivi. Così pure, quando una emorragia coincide con una febbre intermittente, o pure se si rinnovella in modo periodico, essa costituisce una forma di febbre larvata, si amministreranno gli antiperiodici. Quando si accompagna a dolori vivi non bisogna trascurare l' uso dell' oppio. Quindi Young e Dumas hanno dimostrato l' utilità di questo rimedio nelle perdite uterine, Hoffmann e Bonnet nelle emottisi dolorose. Finalmente quando la emorragia è stata talmente abbondante, in modo che gl' individui non hanno ne' loro vasi quella quantità di sangue necessaria a mantener la vita, quan-

do la sincope si prolunga, ed i malati sono sul punto di spirare, son di avviso che non si deve trascurare la trasfusione. Così facendo, si è esposti a praticare una inutile operazione ne' casi disperati, ma si à il vantaggio, debole d'altronde, di richiamare alla vita alcuni individui. Credo che i fatti in favore della trasfusione, riportati da alcuni medici inglesi, nostri contemporanei, specialmente da Blundell e Brown, ci autorizzano, e dirò quasi ci ordinano di non differirla ne' casi in cui, tutti gli altri mezzi essendo riusciti vani, la morte è imminente.

DELL' EPISTASSI

Sinonimia. — Flusso di sangue dal naso, emorragia nasale, rinorragia; *stillicidium* o *stillatio sanguinis a naribus*, ec.

Chiamasi *epistassi* la emorragia che à luogo dalla superficie della membrana pituitaria.

Sintomi, corso, durata, esiti. — Le epistassi sono spesso annunziate da' prodromi come cefalalgia, peso della testa, arrossimento del volto, senso di tensione, secchezza e prurito nel naso, qualche volta mal' essere generale. Questi fenomeni precursori il più delle volte non durano che una o molte ore, altra volta si prolungano per uno, due o tre giorni, e poi la emorragia apparisce. Raramente à luogo dalle due narici contemporaneamente. Il sangue vien fuori a gocce le quali si succedono più o meno rapidamente; in alcuni casi questo liquido scappa a getto o con un piccolo filo continuo. Piegando la testa dalla parte posteriore, dicono che spesso si scorge il punto della pituitaria che dà sangue, la cosa però sembra a poco presso impossibile, e si spiega facilmente. In generale il sangue è rosso e concrescibile; e ciò à forse spinto Ettmuller a dire che era arterioso. Se l'ammalato è assiso, il liquido vien fuori dalle narici anteriori; se è coricato il sangue fluisce dalle narici posteriori sulla parete corrispondente della faringe; poi una parte è rigettata mediante lo sputo, mentre l'altra è inghiottita e portata nello stomaco. Quando la emorragia è molto abbondante, il sangue può fluire contemporaneamente dalle narici anteriori e posteriori. La durata della emorragia varia da alcuni minuti sino a ventiquattr' ore, e la quantità del sangue che si perde, che il più delle volte non è che di 30 a 60 grammi, à potuto arrivare nello spazio di trentasei ore sino a 9 chilogrammi (Rhodius). In generale la emorragia finisce a poco a poco; a misura che lo scolo diminuisce, il sangue si condensa nella narice; il grumo, comprimendo spesso in questo caso la porzione della mucosa che fornisce la emorragia, addivien in questo modo un mezzo emostatico: quindi basta

spesso distaccarlo o spostarlo col tatto, o coll'azione di soffiarsi il naso e dello sternuto, perchè la emorragia si riproduca prontamente: questa spesso recidiva spontaneamente colla più grande facilità. Le ripetizioni dell'epistassi hanno luogo irregolarmente, qualche volta sono periodiche, e possono costituire veri accessi di febbre larvata. In generale l'epistassi à per effetto immediato la cessazione del peso alla testa e di tutti i disturbi che esistevano durante i prodromi. Quando sono copiose o troppo frequenti, possono produrre siccome tutte le emorragie, uno stato anemico; ciò però à raramente luogo.

Diagnosi. — La diagnosi della epistassi non presenta qualche difficoltà se non che ne' casi in cui il sangue esalato in piccola quantità sfugge dalle narici posteriori; dappoichè emesso mediante lo sputo, potrebbe far credere una emottisi; o pure portato nello stomaco ed espulso in seguito per vomiti o scarichi ventrali, potrebbe far sospettare che esso dipende da alcuni punti degli organi digestivi: ciò verrà da me discusso più tardi.

Pronostico. — Il pronostico è grave soltanto quando l'epistassi è molto abbondante, o quando à luogo in quelli deboli. Questa emorragia è spesso critica; qualche volta supplementaria, e nell'uno come nell'altro caso bisogna sempre rispettarla, se non è troppo forte.

Etiologia. — Le epistassi assalgono in preferenza i fanciulli, a contare dal loro decimo anno, come anche gli adolescenti. I maschi vi sono certamente più predisposti; la pletora, un temperamento sanguigno, o sanguigno linfatico, le variazioni atmosferiche, le temperature estreme, ma il calore specialmente ed una disposizione ereditaria, vi predispongono: spesso vengono in seguito ad una contusione del naso, allo eccitamento della pituitaria per effetto di un corpo estraneo. Gli sforzi, gli sternuti violenti, i conati della pertosse, hanno lo stesso risultato. Le epistassi possono anche essere sintomatiche di diverse alterazioni delle fosse nasali, come le ulcerazioni, i polipi: hanno pur detto, ma senza provarlo, che erano comuni nelle malattie encefaliche e negl'ingorghi de' visceri addominali. Si osservano frequentemente allo sviluppo delle febbri tifoidee; in fine assalgono spesso gl'individui estenuati, cachetici; allora sono il più delle volte sintomatiche di un'alterazione del sangue.

Cura. — La maggior parte delle epistassi si frenano col riposo. Se sono tanto gravi da richiedere una cura, bisognerà mettere in pratica i precetti che abbiamo precedentemente stabiliti: in questo luogo debbo soltanto indicare quel ch'è speciale di questa emorragia. Quando si conosce la necessità di frenare prontamente la epistassi, alcune volte basta introdurre il dito o uno stuello di filaccia per sospendere tosto la emorra-

gia, se il sangue proviene da un punto vicino della narice anteriore. Ordinariamente si applicano le pezzoline fredde attorno la testa; tornano più vantaggiosi i corpi freddi applicati sulle parti ove il loro contatto può produrre una scossa di tutto l'organismo, e quindi la sospensione immediata della emorragia come spesso è accaduto. In questa guisa agiscono le applicazioni fredde sul dorso, sullo scroto (Fernel), ed i clisteri freddi (Sydenham). In generale torna utile recare una sorpresa a' malati applicando loro il freddo nel momento in cui meno lo attendevano. Se questi mezzi sono inutili, s'inietterà un liquore stitico nelle fosse nasali, o pure si porteranno su queste le tente, ed i cuscini impregnati in una soluzione di solfato di rame, di zinco, di acetato di piombo, o pure in una decozione di tannino o di noce galla. Prima però di praticare tuttociò che abbiamo indicato conviene mettere a prova un mezzo semplicissimo proposto dal dottor Negrier, il quale consiste ad alzare bruscamente il braccio corrispondente alla narice da dove il sangue scappa fuori e mantenerlo per qualche tempo in questa posizione. Questa manovra che è sempre impiegata in vano è stata costantemente sufficiente per l'abile medico di Angers onde arrestare tutte le emorragie nasali osservate per moltissimi anni. Se tutti questi mezzi falliscono, e se avvi pericolo o grave inconveniente a permettere che la emorragia si prolunghi, si metterà in pratica il doppio tamponaggio delle fosse nasali. Se mancassero gl'istrumenti necessari, si potrebbe far uso, seguendo i consigli de' signori Lay e Calvy, di Toulon, di un cilindro di spugna preparata della lunghezza e spessezza convenevole, che si curva a forma di sonda, e s'introduce sino all'orificio posteriore. Si potrebbe pure, senza tema d'inconveniente, sostituire la spugna da un cono di esca, siccome il Signor dottor Morand lo à consigliato in una delle sedute della società medica d'Indre-et-Loire.

Esistono alcune epistassi croniche, la quali si rinnovellano a brevi intervalli, e sembrano recidivare soltanto per una specie di abitudine morbosa della pituitaria, i cui capillari anno acquistato qualche volta uno sviluppo quasi varicoso. In questi casi bisogna procurare di modificare la superficie di questa membrana facendo prendere all'ammalato una presa di polvere astringente; come l'allume misto ad un'egual porzione di magnesia, o pure la polvere di bistorta; in questi casi anno pur anche consigliato, e spesso con vantaggio, l'uso del tabacco; in fine, se il punto alterato della membrana fosse accessibile, bisognerebbe modificarne la vitalità toccandola con un lapis di nitrato di argento.

DELL' EMOTTISI

Sinonimia. — Sputo di sangue, pneumorragia, bronco-emorragia, *sanguinis sputum* (da αἷμα sangue, e πύω, sputare).

La parola *emottisi* serve ad indicare le emorragie della membrana mucosa delle vie aeree dalla laringe sino alle ultime ramificazioni de' bronchi.

L'emottisi è una delle emorragie più frequenti ad osservarsi. Si possono stabilire per questa malattia tutte le divisioni che abbiamo ammesse precedentemente nelle emorragie in generale. Però ci sembra necessario annunziare dapprima la estrema rarità delle emottisi essenziali, e tale, che alcuni autori ne hanno pur anche contrastato la esistenza. Questa opinione è senza dubbio troppo esclusiva; nella quasi totalità de' casi, le emottisi, almeno quelle che presentano una certa abbondanza, sono sintomatiche di una malattia organica del polmone o di un organo vicino come l'aorta ed il cuore.

Anatomia patologica. — Da quel che abbiamo detto poco fa, ne risulta che nell'autopsia di quelli morti durante l'emottisi, si trovavano una o molte lesioni organiche delle quali la emorragia è il sintomo ordinario. Quindi in alcuni casi si conosce che l'emottisi ha avuto luogo dietro l'apertura di un vaso più o meno voluminoso, come l'aorta aneurismatica, e più spesso anche di un vaso dello stesso polmone, quando, situato attorno a' tubercoli o ad una gangrena, è stato colpito dalla malattia prima di essere obliterato. Per scoprire il perforamento in questo caso, è spesso necessario di spingere una iniezione ed esaminare il polmone sotto l'acqua; questi fatti però sono eccessivamente rari, perchè i vasi vicini a' tubercoli, le caverne o i punti gangrenosi, si obliterano quasi sempre in seguito ad una infiammazione adesiva: quindi può stabilirsi che in tutte l'emottisi essenziali e quasi in tutte quelle sintomatiche, il sangue è semplicemente esalato dalla membrana mucosa. Questa si trova qualche volta parzialmente iniettata o ecchimosata, altre volte poi, è pallida e scolorata. La ispezione cadaverica dimostra in oltre che nella maggior parte de' casi, l'esalazione sanguigna ha luogo soltanto in un solo polmone.

Sintomi. — Quasi tutte le emorragie sono precedute da uno stato di mal'essere generale, un senso di oppressione e di calore nel petto. Avvi dispnea, tosse secca, palpitazioni, un sapore salato o un gusto di sangue, orripilazioni, ed un raffreddamento notevole degli estremi. Questi accidenti possono precedere la emorragia per alcune ore o molti giorni: spesso però la malattia può svilupparsi bruscamente senza essere annunziata da al-

cun disturbo. In questi casi, gl' individui obediscono al bisogno di tossire, sputano con sorpresa ed anche con spavento una maggiore o minor quantità di sangue. Il più delle volte il sangue esalato ne' bronchi viene espulso a causa della tosse che risveglia e collo stesso meccanismo delle mucosità. Se poi il liquido è esalato ad un tratto ed in grande quantità, egli si oppone al passaggio dell'aria, e produce la maggiore ansietà; quindi per una specie d'istinto egoistico si veggono in questo caso i muscoli espiratori contrarsi con forza, e comprimendo il polmone in tutti i punti costringere il sangue a scappar fuori a guisa di flutti, e simultaneamente per la bocca e per le narici. In alcuni di questi casi, il solletico che il sangue provoca attraversando la faringe eccita gli sforzi di vomito; qualche volta à pur anche luogo, e le materie contenute nello stomaco escono miste col sangue. In fine quando il liquido è esalato lentamente, ed in poca quantità, perviene nella faringe senza risvegliare la tosse, e viene espulso con un semplice movimento di voler sputare. Il sangue pervenuto in questo modo nel petto è quasi sempre schiumoso e di un rosso vermiglio, a causa dell'intimo miscuglio coll'aria. Quando poi rimane per molte ore ne' bronchi prima di essere restituito, acquista spesso un colore di nero carico. La quantità del sangue varia moltissimo; il più delle volte è 100 o 125 gramme; pur tuttavia alcuni non emettono che due o tre spuli di sangue, ora puro, ora misto a muco; altri poi perdono sino a molti chilogrammi di sangue in poche ore, e G. Frank à citato de' fatti in cui la perdita del sangue fu di 6 ed anche di 14 chilogrammi in tre ore. Questi casi però, quasi sempre mortali, sono felicemente rarissimi.

In quelli colpiti da emottisi semplice, il petto rimane sonoro come al solito; l'ascoltazione però indica qualche volta che il rumore respiratorio è meno ampio e meno puro; più spesso si distingue ne' due tempi della respirazione un rantolo mucoso a bolle umidissime e grossissime, che ànno la loro maggiore abbondanza alla radice de' bronchi, ma che possono anche esistere altrove sopra una grande superficie. L'emottisi, quando è grave, si accompagna in oltre a' sintomi generali che si osservano in tutte le emorragie alquanto abbondanti. Si osservano però molti individui i quali abbenchè non abbiano sputato che due o tresputi di sangue, pur tuttavia sono presi da freddi, da pallore, da raffreddamento, da grande oppressione, ed anche da perdita assoluta della conoscenza. Questi accidenti però ànno luogo soltanto dietro lo spavento che la vista del sangue inspira a molti ammalati, specialmente quando questo liquido sembra loro aver luogo dal petto.

Corso, durata, esiti. — L' emottisi siegue un corso estremamente variabile. Quindi alcuni individui provano ad un tratto una emottisi abbondantissima; la quale finisce poche ore dopo. In altri l' emorragia si riproduce con alcuni giorni d' intervallo, e può prolungarsi colle stesse intermittenze per molte settimane ed anche molti mesi. In fine, nella maggior parte de' casi, lo sputo di sangue diminuisce spontaneamente dopo essere stato più o meno abbondante per alcune ore; il sangue emesso addiviene finalmente affatto nerastro, e dopo due o tre giorni, gli ammalati non emettono che alcuni sputi intieramente mucosi. Nonostante però questa cessazione della emorragia, si osserva spesso la dispnea, la tosse, il calore del petto, durare per lungo tempo.

La emorragia polmonare può uccidere in pochi istanti, e quest' esito, d' altronde rarissimo, à luogo meno per la perdita del sangue anzichè questo liquido trovandosi in grande quantità ne' bronchi, li ottura, si oppone alla entrata dell' aria, e produce quindi la morte per asfissia. Raramente la emottisi non si rende recidiva dopo un tempo più o meno lungo. Gli intervalli che dividono i diversi attacchi sono irregolari il più delle volte, a meno che la emorragia non sia supplementaria della mestruazione; in questi casi, può aver luogo periodicamente come il flusso mestruo che rimpiazza o supplisce. Molti individui si ristabiliscono completamente; moltissimi menano una vita caduca, specialmente se la emottisi si riproduce di tempo in tempo; in fine quasi tutti muoiono etici o presto o tardi.

Forme. — L' emottisi può essere attiva o passiva. Sono state descritte pur anche l' emottisi costituzionali; la maggior parte de' fatti di questo genere però mi sembrano piuttosto esempi di eticie lenti o guarite. Gli esempi di emottisi succedanea sono, al contrario, ben stabiliti. I due fatti più rimarcabili sono quelli riportati da Brieuve, nella *Encyclopédie méthodique*, e da Pinel. Il primo parla di una donna all' età di sessant' anni, la quale aveva avuto una sola volta le regole per le vie ordinarie; una emottisi le aveva costantemente rimpiazzate. Pinel à pure osservato alla Salpêtrière una donna nella quale le regole, essendosi bruscamente sopresse, furono sostituite per lo spazio di quarantadue anni da una emottisi abbondantissima, preceduta da tutti i prodromi della eruzione delle regole. In

N. B. Posso con conoscenza di causa citare un fatto analogo a quello di Brieuve e di Pinel da me molte volte osservato, e tuttaviaistente in una Signora di circa cinquant' anni, la quale avendo perduto le regole all' età di trent' anni per un forte dispiacere provato, andò soggetta ad una emottisi succedanea, la quale si è sempre manifestata con tutti i prodromi della mestruazione. Per lo spazio di venti anni la comparsa della emottisi era

alcuni casi rari, la emottisi si è pur anche osservata come una forma di febbre larvata, la quale à ceduto agli antiperiodiei; altre volte era manifestamente sotto la influenza di uno stato bilioso. Quindi Stoll, durante le costituzioni del 1777 e 1778, e Finke, nella epidemia del Mecklembourg, anno veduto le emottisi complicarsi all' apparato sintomatico dell' imbarazzo gastrico, e la sola amministrazione degli evacuanti è stata sufficiente per trionfare della emorragia e de' disturbi degestivi.

Diagnosi. — Nella diagnosi della emottisi, trattasi di determinare: 1.° se il sangue emesso proviene realmente dalle vie respiratorie: 2.° quale è il punto della mucosa respiratoria in cui è stato esalato: 3.° in fine se la emorragia è essenziale o sintomatica.

Il sangue emesso dalla bocca può provenire da questa cavità o pure dallo stomaco, dal petto o dalle fosse nasali.

Indicheremo i segni mediante i quali si potrà distinguere l' una dall' altra, l' emottisi e l' ematemesi. La semplice osservazione delle parti farà facilmente conoscere quando il sangue deriva dalle gengive; d'altronde questo liquido è allora nerastro, e se qualche volta è rosso almeno non presenta il color vermiglio, e non è spumoso come il sangue esalato da' polmoni. In fine nelle epistassi poco abbondanti, quando il sangue scappa soltanto dalle narici posteriori, e quando arrivato nella faringe, è poscia espulso mediante lo sputo, spesso si potrebbe credere la esistenza di una emottisi. In questo caso che io suppongo, il sangue però è nerastro, privo di aria; dalla parte del torace non esiste alcuno de' segni propri all' emottisi, e la osservazione della gola fa conoscere sulla faringe alcuni grumi nerastri. In fine nella maggior parte de' casi, lo esame delle narici anteriori fa vedere in queste parti delle macchie di sangue,

preceduta da disturbi uterini, e l' individuo confessava di sentirsi come se un che partisse dall' utero e si trasportasse verso la bocca; dopo cinque o sei giorni di questa sensazione compariva finalmente il sangue; negnolo, anziché di un color vivo. Tutti i disturbi generali che accompagnavano questa emottisi si riducevano e tutt' ora si riducono ad un semplice mal' essere, e poco disturbo nella circolazione generale senza però alcuno stato febbrile. Avvi anche qualche cosa di più notevole perché non possa rinvocarsi in dubbio che la emottisi è puramente vicaria e non altrimenti. Ne' primi anni compariva quasi regolarmente in ogni mese; ora che la signora trovasi già vicina alla età critica, e siccome ognun sa che le funzioni uterine si eseguono più di rado, così avviene che la emottisi si manifesta più raramente, cioè in ogni tre o quattro mesi, presentando costantemente gli stessi fenomeni, e senza che il torace abbia subito alcuna alterazione. L' applicazione delle sanguisughe alle grandi labbra apportava una notevole miglìoria.

o pure gli ammalati, soffiandosi il naso, mandano de' grumi simili a quelli che sputano. Tutte queste circostanze riunite fissaranno abbastanza la diagnosi. Per determinare poi quale sia il punto della mucosa aerea la quale à esalato il sangue, la cosa mi sembra quasi impossibile a potersi precisare; quindi la distinzione fatta delle emottisi in *laringea*, *tracheale*, e *bronchiale* non mi sembra affatto fondata sulla osservazione. Uno dei punti più importanti per la diagnosi è quello di stabilire se la emottisi è idiopatica o simpatica. Si potrà ciò conoscere mediante un'attenta osservazione degli organi del torace ed avendo riguardo allo stato generale dello individuo. Quando la emottisi risulta dalla rottura di un aneurisma, la diagnosi torna quasi inutile, perchè la morte è quasi istantanea: se la emorragia si liga alla presenza de' tubercoli, questi saranno ora ammoliti, ed in questo caso, la diagnosi non può presentare alcuna difficoltà, o pure si trovano semplicemente allo stato miliare, ed allora si possono avere solamente semplici supposizioni: spetta a' commemorativi, e specialmente a' fenomeni ulteriori a fissare definitivamente la opinione del medico.

Pronostico. — La emottisi è una malattia sempre grave, meno per se stessa chè il più delle volte è il sintomo di malattie organiche quasi sempre incurabili. Una emottisi succedanea, quella che à luogo sotto la influenza esterna, quella la quale, molto più rara, forma la crisi di una grave malattia, non offrono in generale alcun pericolo. Questi fatti però sono eccezionali, e crediamo che la esistenza di una emottisi deve sempre risvegliare al massimo grado la sollecitudine del medico; poichè quasi tutti quelli che sono andati soggetti a questo accidente muoiono presto o tardi etici; cio non pertanto l'emottisi non è la causa de' tubercoli, siccome si è creduto per lungo tempo, ma perchè la emorragia non à luogo se non che in ragione della presenza di questi prodotti morbosi. Quando la emottisi si rinnovella frequentemente, e sembra essere costituzionale, non bisognerebbe essere sicuro sulla causa produttrice; dappoichè si veggono questi individui generare de' figli i quali tutti addiventano etici, ed essi medesimi morendo ad una età avanzata con un'altra malattia affatto estranea a' polmoni, purtuttavia presentano in questi organi de' tubercoli cresciuti o pure nello stato cretaceo: questo fatto è stato dimostrato dagli altri prima di me.

Etiologia. — Non esiste alcun esempio di emottisi ne' fanciulli; ciò forse dipende dal perchè non espettorano ed inghiottiscono i loro sputi. Questa emorragia è comune specialmente da quindici a trentacinque anni. Essa assale più le donne che gli uomini. Il temperamento sanguigno, una costituzione debole, irritabile, una disposizione ereditaria, vi predispongono. Tutte le professioni che costringono coloro che le esercitano a tenere

il petto inclinato sul ventre, e ad esercitare una compressione che incomoda la circolazione, come i sartori, i scarpai, gli annolatori, sono state considerate come circostanze predisponenti alla emottisi, ma però senza prove sufficienti. Tra le cause occasionali, citeremo come le più frequenti, gli sforzi violenti, la fatica degli organi della respirazione, come l'azione del gridare, di cantare o suonare gli strumenti da fiato, le contusioni del torace e le piaghe penetranti, la inspirazione di vapori irritanti, una istantanea e considerabile diminuzione nella pressione atmosferica. In fine è citato più sopra le malattie del cuore e de' grossi vasi, e specialmente i tubercoli polmonali i quali sono le cause di quasi tutte le emottisi che si osservano. Alcuni autori, come Stoll, Zimmermann, hanno pur anche preteso che la emorragia polmonale poteva essere sintomatica di diverse lesioni addominali, o della presenza di entozoi nel tubo digestivo; i fatti però riportati da questi autori non sono affatto concludenti, e nessuno dopo di loro, che sia a mia conoscenza, ne ha riportato alcuno che potesse giustificare la loro opinione.

Cura. — Quando si è chiamato presso di un individuo che sputa sangue, bisogna dapprima calmare il suo morale ed assicurarlo sull'esito della sua malattia. Si collocherà in una posizione semiasisa; si spoglierà di tutti gli abiti che potrebbero comprimere il torace; si costringerà a restare immobile, ad osservare il silenzio più assoluto ed a resistere il più possibile all'atto di tossire. Per poco che la emorragia sia forte, bisogna aprir la vena una o molte volte. È anche indicato tirar sangue quando la faccia è scolorata, gli estremi freddi, il polso piccolo, purchè però l'individuo sia vigoroso o la quantità del sangue perduta non sia stata eccessiva. Se l'ammalato fosse debole, si sostituirebbe il salasso coll'applicazione di alcune sanguisughe all'ano. In tutti i casi, bisogna applicare i sinapismi ambulanti sulle membra inferiori, le ventose su queste stesse parti, sull'addome ed anche sulla base del torace; si potranno anche circondare le membra di ligature. A questi mezzi, si aggiungerà l'uso delle bevande fresche. Quando malgrado tutti questi mezzi, la emottisi si prolunga, si amministreranno internamente le bevande acidole e ghiacciate; bisogna, anche applicare la neve sul petto, però con prudenza, e quando tutti gli altri mezzi sono riusciti vani: uniformemente al Signor Mortens si potrebbe anche applicare un largo vascicante tra le spalle: in fine si ricorrerà agli astringenti, e specialmente all'estratto di ratania, alla dose di 4, 8 o 12 gramme in polvere, in pillole, o anche meglio sciolta in una soluzione gommosa. Questo rimedio mi sembra doversi preferire all'allume, alla gomma chino, all'acetato di piombo, al solfato di ferro, all'estrat-

to di monesia (1 gramma al giorno) ed anche al tannino, che un medico distinto, il Signor A. Latour à raccomandato contro l'emottisi (tannino 10 centigramme, gomme arabica 40 centigramme in 4 pillole da prendersi di tre in tre ore). Hanno pur anche lodato il nitrato di potassa e la digitale, sia come un diuretico, sia come sedativo, senza che la efficacia di questi agenti sia stata sufficientemente provata. O' spesso, seguendo l'esempio di Sydenham, amministrato i purganti: questi mezzi però mi sono sembrati nè utili nè nocivi. In fine l'oppio, senza effetto contro la emorragia, sarà utile almeno per moderare i conati di tosse o calmare i dolori. Tutto ciò che abbiamo annunziato si applica pure per le emottisi idiopatiche come per quelle sintomatiche. Per le prime, vi sono alcune circostanze che debbono modificare la cura: tale è il caso in cui la emottisi essendo vicaria alle regole, bisogna provocare un flusso verso l'utero; o pure quello in cui, la emorragia accompagnandosi da sintomi biliosi, seguendo il consiglio di Stoll e di Finke, bisogna affrettarsi di amministrare un vomitivo. Questo d'altronde è un mezzo perturbatore onnipotente contro certe emottisi sintomatiche ed ostinate a tutti i rimedi. Le scosse di vomito non anno in questo caso gl'incomodi effetti che potrebbero temersi in teoria. Il professor Graves, anzichè procurare il vomito, si limitava a prescrivere la ipecacuana ad eccitare la nausea soltanto, cioè l'amministrava alla dose di 10 centigramme, che ripeteva tre o quattro volte nell'intervallo di un quarto d'ora.

DELLA STOMATORRAGIA

La stomatorragia è la emorragia che à la sua origine nella bocca o nella retrobocca. Questa malattia è rarissimamente primitiva o essenziale; quando à questo carattere, si osserva soltanto sotto il rapporto di emorragia supplementaria nelle donne al momento delle loro regole o dopo la soppressione del flusso mestruo. La stomatorragia è quasi sempre una malattia sintomatica della perdita della fibrina del sangue, dello stato fungoso delle gengive; è della ferita della membrana mucosa buccale, dello svellimento di un dente o di un carcinoma della lingua. La stomatorragia, eccettuata quella che deriva da queste due ultime cause, e che, per la sua abbondanza à spesso compromesso la vita degli ammalati, è una malattia benigna nella quale avvi il più delle volte un debole scolo di sangue. Quando è esalato lentamente nella dietro bocca e l'ammalato guarda abitualmente la posizione dorsale, precipita spesso nella faringe e nello stomaco. Restituito poscia per vomito

o per scarichi ventrali, e colle scosse di tosse che risveglia, potrebbe far credere una ematemesi o una emottisi: la osservazione però della bocca, anticipatamente nettata mediante i gargarismi, farà sempre conoscere la sede della emorragia, ed il più delle volte anche la causa organica che l'ha prodotta. In tutti i casi, si potrà essere sicuri che il sangue deriva dall'interno della bocca quando, inclinando la testa in avanti, si fa cessare la tosse ed il vomito, quantunque il flusso sanguigno continui (P. Frank). Il sangue della stomatorragia è emesso mediante lo sputare; in generale è rosso, privo di schiuma, puro, o almeno non intimamente misto nè alla saliva nè al muco.

Contro questa emorragia si useranno i collutori freddi ed astringenti: in alcuni casi di emorragia che si manifesta in seguito di una corrosione di un vaso, la cauterizzazione col ferro rovente può essere indicata. Se il sangue, fluendo da un alveolo, non cessasse di fluire nonostante l'uso de' stitici, bisogna impiegare una compressione diretta col dito, o pure introdurre nell'alveolo un bottone di carta masticata impregnata di allume o di colofano, ec.

DELLA GASTRORRAGIA O DELLA EMATEMESI

Sinonomia. — Vomito di sangue, gastro-emorragia; *vomitus cruentus*, *melaena*, ec.

La parola *ematemesi*, la quale presa in senso rigoroso, significa vomito di sangue, serve ad indicare, nel linguaggio della maggior parte de' patologi, la emorragia che à luogo sulla superficie interna dello stomaco; però è una malattia alla quale conviene meglio la parola di *gastrorragia*.

Anatomia patologica. — Lo stomaco contiene una quantità di sangue più o meno considerabile; è veduto questo viscere enormemente disteso per un solo grumo di sangue: il più delle volte però si rinvencono soltanto de' grumi nerastri, o pure è un sangue nero, sciolto, misto al muco ed agli alimenti; se ne osserva pure in maggiore o minor quantità nel resto del tubo digestivo. La membrana mucosa è generalmente intatta, o pure presenta l'aspetto, il colorito, l'iniettamento che abbiano precedentemente osservati in quelli morti nel corso di una emottisi. La gastrorragia essendo quasi sempre sintomatica, si osservano il più delle volte all'apertura de' cadaveri diverse lesioni organiche, come i tumori aneurismatici dell'aorta o del tronco ciliaco, ec., i quali si sono rotti nello stomaco; altre volte sono delle ulcerazioni le quali interessano contemporaneamente la mucosa ed il tronco o una delle principali ramificazioni delle arterie coronarie dello stomaco. Il più delle volte

lo stomaco è la sede di un tumore scirroso o di un cancro ulcerato; altre volte di simili lesioni organiche hanno sede nel fegato, nella milza o ne' polmoni, siccome Bang, Morgagni, G. P. Frank ne riportano degli esempi, e siccome noi stessi abbiamo avuto occasione di osservarne molti.

Sintomi, corso, esiti. — Nella maggior parte degli ammalati, la gastrorragia è preceduta da uno stato di mal'essere e da un disturbo delle funzioni dello stomaco. Il calore o un dolore all'epigastrio con un senso di bruciore; le stirature lombali, la soffogazione, il raffreddamento del corpo, il pallore della faccia, e le lipotimie annunziano che la emorragia si sta effettuando. Tosto il desiderio di vomitare si fa sentire, ed il sangue è emesso dalla bocca in mezzo ad un'ansietà ed un malessere inesprimibile; in questo caso dicesi che vi è *ematemesi*. Dopo questo vomito, spesse volte gli ammalati si sentono sollevati: conservano però un peso all'epigastrio, una sete viva, un gusto spiacevole; il polso è frequente, e gli ammalati hanno una debolezza estrema la quale non è affatto proporzionata alla perdita del sangue. Questo liquido non presenta sempre lo stesso aspetto. Quando è vomitato poco dopo essere stato esalato, è di un rosso più o meno arterioso, ora fluido, ora riunito a grumi voluminosi. Se poi, à dimorato per molto tempo nello stomaco, è di un nero più o meno carico: in quest'ultimo caso, tramanda spesso un odore agretto. Raramente gli ammalati sputano meno di 312 a 375 gramme di sangue; spesso la quantità oltrepassa più di un chilogramma e mezzo; allora esce a flutti, mentre che, quando è meno abbondante, arriva nella bocca solo per rigurgito. Nell'uno e nell'altro caso, è vomitato puro o più o meno misto a muco, alle bevande e a diversi alimenti. Quando la emorragia è molto considerabile, indipendentemente da' sintomi generali che accompagnano qualunque perdita di sangue alquanto forte, si osserva, specialmente prima che la ematemesi abbia luogo, una tensione considerabile dell'epigastrio, spesso un suono matto di questa regione. Si è preteso pur anche che qualche volta la milza ed il fegato erano egualmente aumentati di volume, e che questa tumefazione cessava dopo il vomito; noi non abbiamo ancora verificato l'esattezza di quest'assertiva. Raramente avvi un sol vomito; nella maggior parte de' casi la emorragia, dopo che sembra essere cessata per alcune ore, ricomincia, e novelli vomiti hanno luogo. Queste alternative possono succedere per lo spazio di molti giorni; la malattia diminuisce allora a poco a poco, lasciando dietro di essa una estrema debolezza. Però tutto il sangue esalato nello stomaco non è intieramente vomitato, una porzione di questo liquido oltrepassa il piloro: quindi quando si esaminano gli scarichi ventrali degli ammalati sei,

dodici, ventiquattro, trentasei, ed anche più tardi di quarantotto ore dopo lo sviluppo della gostrorragia, si trova che essi sono formati per la massima parte da una materia pulacea nerastra, la quale facilmente si riconosce, perchè è del sangue alterato. Le materie fecali nere, le quali ora sono emesse senza patemi, altra volta dopo aver risvegliato delle coliche ed un gonfiamento del ventre, sono un sintomo che credo quasi costante, in fatti mancano meno raramente dello stesso vomito. Nei casi di gostrorragia senza ematemesi, si osservano, come per lo innanzi, gli stessi dolori, lo stesso calore all'epigastrio, la sete, i brividi e le lipotimie, fenomeni i quali dovrebbero far sospettare la natura della malattia, specialmente se lo infermo è solerto altre volte la ematemesi; non si può però esser certo che l'indemani, quando il sangue si rinviene nelle materie fecali.

La emorragia dello stomaco può uccidere rapidamente dopo uno o molti vomiti. Alcune volte la morte è luogo inaspettata, e senza poterne sospettare la causa; nell'autopsia però la spiega si rinviene nell'organo il quale è enormemente disteso da un grumo sanguigno, attaccato esattamente sulla sua interna superficie, lo è osservato un fatto di questo genere: P. Frank ne rapporta pur anche un esempio, e se ne trova un terzo registrato ne' *Bulletins de la Société anatomique* (année 1833).

Nella maggior parte de' casi però, gli ammalati si ristabiliscono; ma la loro convalescenza è lunga, perchè la ematemesi è, come lo abbiamo detto, tra tutte le emorragie quella che più abbatte le forze. Aggiungete pure, che il disturbo degli organi digestivi, che spesso succedono, tendono a prolungare la debolezza ed impedire la nutrizione. Suppongo che in questo caso la emorragia sia idiopatica; ma quando è sintomatica, gli ammalati non si ristabiliscono se l'affezione che à prodotto la emorragia è incurabile. In questo caso, si vede che essa si rinnovella di tempo in tempo, ed allora siegue un andamento cronico. A questa forma si deve riportare ciò che gli antichi chiamavano *morbus niger* o *melaena*, accidente il quale verrà meglio dilucidato quando mi farò a parlare del cancro dello stomaco.

Diagnosi. — La gostrorragia nella quale il sangue non è vomitato potrebbe facilmente non esser conosciuta; nel maggior numero de' casi però, a misura che la esalazione sanguigna à luogo, si osserva il pallore della faccia, il raffreddamento del corpo, il mal'essere le lipotimie che indicano che una emorragia si sta attivando in qualche parte. Interrogando allora gli ammalati, si conosce che questi accidenti coincidono con calore, dolore e peso all'epigastrio, sarà ragionevol cosa sospettare che nello stomaco la emorragia à luogo. La osservazione delle fecce melaniche può per se sola, mancando i vomiti, far stabilire la diagnosi, però in modo meno preciso.

La ematemesi può confondersi con una emottisi. In fatti abbiamo detto poco fa, parlando di quest'ultima che il sangue arrivando nella faringe, risvegliava degli sforzi di vomito, in modo da far credere che il sangue proveniva dallo stomaco. L'incertezza addiviene maggiore quando una certa quantità di sangue inghiottito, si restituisce poscia nero ed alterato, sia per vomiti, sia per scarichi ventrali, come se si trattasse di una vera gastrorragia. In questi casi, la diagnosi verrà stabilita dietro lo studio ed i sintomi della emottisi e della ematemesi: quindi nella prima gli ammalati accusano calore al petto, dolori al dorso, dispnea, e nella maggior parte de' casi il sangue non viene espulso che dopo i conati di tossa. Lo aspetto del sangue differisce ancora nelle due affezioni; nella emottisi è rosso, vermiglio, rutilante, fluido; nella ematemesi, è meno rosso, spesso di un nero carico, ed in gran parte coagulato. La quantità del sangue in generale è maggiore nell'ematemesi, minore nell'emottisi; in fine in questa l'ascoltazione presenta de' fenomeni che mancano nell'altra. Del sangue esalato dalle mucose buccale e pituitaria può, come abbiain detto, essere portato nello stomaco durante il sonno ed all'insaputa degli ammalati, per esser emesso per vomiti e per scéssso, e quindi far credere che la esalazione abbia avuto luogo nello stomaco: in questi ultimi casi però, la poca quantità del sangue, l'osservazione della bocca, della faringe e delle fosse nasali, la presenza su queste parti di alcuni grumi, sono altrettante circostanze le quali, colla mancanza de' segni locali propri all'ematemesi, permetteranno di dare un giudizio. Un punto capitale nella diagnosi è quello di determinare se la ematemesi sia *essenziale* e *sintomatica*. Si sospetta che la emorragia sia essenziale quando si manifesta bruscamente in mezzo alla perfetta salute, quando specialmente è sucedanea di qualche emorragia costituzionale; e quando in fine gli ammalati si ristabiliscono completamente ed in modo duraturo. Una ematemesi però la quale per lungo tempo è stata preceduta da anoressia, da difficili digestioni, e specialmente da demagrimento, dovrà risvegliare delle inquietitudini, e far temere una lesione organica dello stomaco, specialmente se lo individuo è pervenuto a quel periodo della vita in cui queste malattie ordinariamente si manifestano. Per determinare la natura e la sede della lesione di cui la ematemesi è un sintomo, bisogna usare un attento esame di tutti gli organi addominali e la natura de' disturbi funzionali che ne emergono.

Per completare la diagnosi differenziale, dovrei parlare della ematemesi simulata, cioè di quei furbi, i quali trangugiano il sangue di qualche animale ed anche umano, lo emettono poscia, provocando artificialmente i vomiti; un medico attento però scovrirà facilmente l'astuzia, per la mancanza de' fe-

nomeni propri all' ematemesi, e con un interrogatorio destramente diretto.

Pronostico. — Il Signor Chomel à detto con ragione che pochi casi esistono in cui la gastrorragia non fosse grave, e molto meno sono quelli in cui può considerarsi siccome salutare. I casi meno pericolosi sono quelli in cui la malattia è idiopatica e supplementaria. Però anche in questi casi, essa va soggetta alle recidive, indebolisce gl' individui, produce un gran disturbo nelle funzioni digestive, e perciò deve essere considerata siccome pericolosa. In fine la gravezza del pronostico sarà proporzionata alla quantità del sangue esalato ed alla maggiore o minore probabilità di poter curare la malattia di cui l' ematemesi è quasi sempre sintomatica.

Etiologia. — Le cause della gastrorragia idiopatica sono oscurissime; d' altronde sono tutte quelle che influiscono allo sviluppo della pletora e delle emorragie attive in generale. Nella maggior parte de' casi, questa specie di gastrorragia è supplementaria e si osserva per conseguenza nella donna e nella età media della vita. Un induramento scirroso o una degenerazione cancerigna è la causa ordinaria delle gastrorragie sintomatiche. Vengono in seguito i tumori che hanno sede nella milza nel fegato e nel pancreas, e che sono una causa efficace di emorragia, probabilmente per l' ostacolo che recano alla circolazione addominale. Dopo queste lesioni, classifico le malattie dei vasi interni o propri dello stomaco, sia che colpiti da aneurisma, questi vasi si rompono in questo viscere, sia che si forano per effetto di un lavoro ulcerativo il quale comincia dalla mucosa. La gastrorragia è pure un accidente dell' avvelenamento per causa de' corrosivi, sia che abbia luogo dietro la introduzione del veleno, sia che risulti dalla viva infiammazione che n' è la conseguenza, sia che sopravvenga più tardi quando le escare formate si distaccano. In fine la emorragia dello stomaco può essere sintomatica di una malattia generale; tale è quella che à luogo costantissimamente nel corso della febbre gialla ed in alcuni casi di scorbutto e di porpora. Qualunque sia la causa, la malattia si manifesta il più delle volte spontaneamente; altra volta à luogo per causa di un colpo, di una emozione morale, di una indigestione, di un eccesso alcoolico, di un raffreddamento, ec.

Cura. — Le regole della cura precedentemente esposte per le emorragie attive, passive e supplementarie, si applicano per la maggior parte alla gastrorragia: vi sono però alcune indicazioni le quali sono speciali a quest' ultima; sono quelle sulle quali m' intratterò alla lunga. La emorragia avendo avuto luogo e l' ammalato vomitando, bisogna procurare di moderare e di sospendere l' esalazione sanguigna. In questo scopo, l' am-

malato sarà salassato se lo stato del polso lo permette; in tutti i casi però si applicheranno i rivulsivi permanenti sulle membra, e si circondaeranno di ligature. Si amministreranno le bevande acidole come l'acqua ghiacciata di barbabietola o di cetro; questa sarà amministrata in piccola quantità, solamente a cucchiaini colla distanza di circa dieci minuti. Se la emorragia continua, non bisogna trascurare l'applicazione della neve sull'epigastrio e sugl'ipocondri ed amministrare la limonea minerale. Bisogna che l'ammalato guardi una posizione orizzontale e la immobilità assoluta. Se un deliquio avesse luogo, bisognerebbe esaminare colla vista e col tatto lo stato della faringe; poichè può accadere allora che il sangue, risalendo nella gola produce l'asfissia, sia che questo liquido s'introduca nelle vie respiratorie, sia che riunito a grumi, venga ad otturare l'orificio superiore della laringe: un fatto riportato da P. Frank, giustifica il consiglio che attualmente è raccomandato. Gli stessi mezzi saranno continuati per molti giorni, ed anche qualche tempo dopo che la emorragia sarà cessata. Gli ammalati saranno mantenuti in dieta rigorosa: l'alimento non sarà amministrato se non che molti giorni dopo che la emorragia sarà finita intieramente. Si comincerà a prescrivere il brodo emolliente, il latte di pollo, poi il brodo ordinario. Questi brodi si amministreranno freddi ed in piccola quantità in ogni volta. Si permetterà poscia l'uso de' gelati vegetabili ed animali; e quindi si passerà all'uso degli alimenti ordinari, ma lentamente, cominciando da quelli di facile digestione, e che sotto un piccolo volume, contengono molti principi nutritivi. Se per parte dello stomaco rimangono alcuni indizi di una persistente congestione, bisogna, quando lo stato delle forze non vi si oppongono, applicare alcune sanguisughe all'ano anzichè all'epigastrio, e prescrivere i rivellenti sugl'ipocondri, contemporaneamente il ventre sarà mantenuto lubrico coll'uso de' clisteri.

Colui che avrà sofferto una gastrorragia dovrà essere sottoposto per lungo tempo ad un severo regime, a causa della frequenza dalle recidive.

DELLE EMORRAGIE INTESTINALI

Sotto i nomi di *emorragia intestinale*, di *enterorragia*, e di *enteroemorragia*, comprendo tutte le emorragie che hanno luogo dalla mucosa intestinale, dal duodeno sino al retto. Seguendo però lo esempio di tutti gli autori, studierò separatamente sotto i nomi di *emorroidi* e di *flusso emorroidale*, certe emorragie le quali hanno luogo dall'ultima porzione dell'intestino crasso, e che coincidono ordinariamente colla formazione di certi

tumori in questa regione. Le emorragie intestinali, molte più rare di tutte quelle che abbiamo studiate sin ora sono suscettibili delle stesse divisioni, cioè che possono essere attive o passive, essenziali o sintomatiche.

Anatomia patologica. — Nelle emorragie essenziali come in quelle che sono sintomatiche di una lesione che à sede altrove anzichè nel tubo digestivo, si osserva che qualche volta la porzione della mucosa per la quale il sangue si esala, è gonfia gibosa, di un colorito rosso carico, screziata, iniettata, ecchimosata; in questo caso basta premerla tra le dita e lavarla esponendola ad un filo di acqua per restituirle il suo colorito, la sua spessezza e la sua normale consistenza. Più frequentemente, lungi dall'esser colpita da congestione, la membrana mucosa si trova anzi scolorata e come esangue. Quando la emorragia è stata sintomatica, si trovavano ancora diverse alterazioni le quali hanno sede ora negl' intestini, come ulcerazioni e degenerazioni scirrosc; ora negli organi più o meno lontani, specialmente nel fegato e nella milza; o pure si osserva finalmente la esistenza di diverse lesioni le quali hanno dato luogo alla obliterazione ed al restringimento di alcuni vasi addominali, specialmente di uno o molti tronchi venosi considerevoli.

Sintomi, corso. — Alcuni ammalati provano per uno o molti giorni prima della emorragia un senso d'incomodo, o pure dolori, o pizzicori nel ventre o a' lombi, qualche volta presentano un gonfiamento più o meno considerabile. Nella maggior parte de' casi però, mancano affatto i segni precursori. Gli ammalati provano tutto ad un tratto un dolore ottuso all' ombelico, tosto seguito da tutti gli accidenti che accompagnano le interne emorragie. Quindi è che si son veduti individui siccome colpiti dal fulmine, cadere rapidamente in uno stato sincopale, e morire prima che il sangue fosse stato evacuato. Il più delle volte però le sincopi e le lipotimie hanno soltanto una durata molto breve; ma esse ricompariscono qualche volta a brevi intervalli, in ispezieltà quando si fanno eseguire movimenti a' malati; quando esse sono affatto spontanee, indicano piuttosto che una novella emorragia si sta preparando. Però dopo aver ripresi i loro sensi, molti di questi ammalati, sentono un imperioso ed irresistibile bisogno di andare del corpo, ed espellono alcune materi fecali dapprima solide, poi una maggiore o minor quantità di sangue fluido o aggrumito, secondo il punto in cui è stato esalato, e secondo la lunghezza del tempo che è stato nel tubo digestivo. Se il sangue è esalato in molta o poca copia, ma in un punto vicino al retto, sarà evacuato subito dopo lo stravasamento. Per contrario, il sangue è messo fuori dopo dodici o ventiquattr' ore; allora spesso non si distingue, e se per la poca quantità della emorragia i sintomi generali mancano, la malattia può passare inosservata.

Durata, esiti. — In generale la emorragia intestinale è di breve durata; talora è *efimera*; cioè che la esalazione à luogo istantaneamente, si frena tosto e non più si riproduce. Nella maggior parte de' casi però ànno luogo molte emorragie successive, variabili per la quantità; o pure una emorragia forte prima manifestata, non rimane altro meno che una specie di gemitio. In tutti i casi gli ammalati emettono del sangue per più giorni di seguito, ed anche per una settimana e più oltre ancora. Il sangue che si perde nella maggior parte delle enterorragie può essere calcolato per media proporzione a due o tre bicchieri. Questa quantità però può essere minore; spesse volte maggiore. In fatti abbiamo veduto individui perdere in poche ore sino a 4 o 5 chilogrammi di sangue, e spirare per la ostinazione della emorragia.

Le emorragie intestinali portan seco tutti gli accidenti che abbiamo notati nelle altre perdite del sangue. Quando sono idiopatiche, gli ammalati si guariscono in generale sollecitamente, senza andar più soggetti ad altri disturbi dipendenti dagli organi digestivi; però la malattia si riproduce con moltissima facilità.

Diagnosi. — Nella diagnosi delle emorragie intestinali, trattasi di determinare: 1.° se la emorragia esiste; 2.° Su qual punto dello intestino il sangue si esala; 3.° quale è la causa della emorragia.

Sino a tanto che il sangue non è escreato, torna impossibile poter affermare da' sintomi generali se abbia avuto luogo emorragia, e se questa sia nel tubo digestivo. Il dubbio svanisce quando il sangue è stato evacuato. Bisogna però aver cura di non confondere le materie fecali che sarebbero solamente nerastre colle evacuazioni emorragiche. Questa confusione non è possibile se non quando la emorragia è stata debole, ed il sangue è intimamente combinato alle fecce. Nel caso contrario, si troverà sempre nel fondo del vaso un sangue poco alterato sotto forma di grumi nerastri; altra volta è una specie di polvere bruna o nera come il tabacco o la posa da caffè, che si osserva sparsa alla superficie e nella spessezza delle materie fecali.

Dimostrata così la esistenza del sangue nelle fecce, resta a determinare se questo fluido è stato realmente esalato nello intestino, o se invece, deriva dallo stomaco, dalle fosse nasali, o dallo interno della bocca. I sintomi di congestione allo epigastrio, e specialmente i vomiti sanguigni, avendo preceduto di alcune ore, di alcuni giorni, gli scarichi sanguinolenti, dovranno far ammettere la gastrorragia, abbenchè però al rigore non sia impossibile assolutamente che il sangue esalato nella prima curvatura del duodeno rifluisca nello stomaco; siccome la bile lo fa spessissimo. Però la emorragia del duodeno è

talmente rara da potersi escludere, per così dire, quando trattasi della diagnosi. Se la gastrorragia à luogo senza produrre quasi alcun sintomo locale, quando non esiste vomito e che tutto il sangue è evacuato mediante gli scarichi non avvi alcun mezzo per non confondere tra loro la gastrorragia e l'enterorragia. Riguardo alla supposizione che il sangue potrebbe dipendere da una epistassi o da una stomatorragia, credo che questo errore non potrà mai aver luogo. D'altronde la diagnosi differenziale sarà stabilita sugli stessi dati se trattasi determinare se il sangue di una matemesi sia stato esalato dallo stomaco, o dalla pituitaria o dalla mucosa buccale (*Vedi* più sopra). Assicurato che il sangue proviene dalla membrana mucosa intestinale, bisogna precisare il punto dello intestino dove questa esalazione succede; si verrà a capo di ciò coi risultati che danno la osservazione, il tatto, la percussione del ventre, e le considerazioni del tempo più o meno lungo trascorso tra i primi indizi della emorragia e gli scarichi sanguinolenti. Tuttavia è raro potere precisare in tal guisa la diagnosi. In simili casi però non bisogna mai trascurare il tatto per la via del retto, per assicurarsi che la emorragia non è simpatica nè prodotta da una degenerazione del tessuto, nè da uno stato fungoso della mucosa del retto, e che non è fornita da una emorroide interna ulcerata. Molte emorragie intestinali ostenatissime dipendono in fatti da questa causa. Quando così succede, il sangue escreato è puro, rosso vermiglio, intieramente distinto dalle materie fecale; se l'ammalato si sforza per andare del corpo, spesso provoca l'uscita di uno o molti tumori emorroidali fungosi ed ulcerati. Per stabilire se la emorragia sia idiopatica o simpatica, rinvio il lettore all'articolo *Gastrorragia*, atteso che quei principi sono perfettamente applicabili in questo luogo. Volendo ora indicare quale possa essere il valore semiotico delle emorragie intestinali, vediamo che è differente secondo che lo scolo sanguigno si affettua in mezzo ad uno stato di perfetta salute, o pure nel corso di una malattia cronica o di una malattia acuta febbrile. Nel primo caso sono probabilmente idiopatiche, nel secondo sono quasi sempre il sintomo di una lesione organica come un cancro, e nel terzo sono quasi sempre caratteristiche della lesione delle glandole di Peyer.

Pronostico. — La emorragia intestinale, a meno che non sia supplementaria, costituisce sempre un grave accidente. Il suo pronostico d'altronde sarà fondato sugli stessi elementi di quelli della gastrorragia.

Etiologia. — Nulla sappiamo ancora di preciso sulle cause predisponenti ed efficienti delle enterorragie idiopatiche. Tutte le emorragie intestinali che ò osservate anno colpito individui sobri, che fanno uso di un buon regime, ed alla età di quarant'

anni. Tutti avevano un temperamento linfatico ed irritabilissimi, in un caso la emorragia fu succedanea delle regole e si mostrò estremamente ostinata. L'enterorragia può essere prodotta da cause discrete, le quali determinano una flogosi viva ed istantanea del tubo digestivo; tali sono i veleni corrosivi, i purganti drastici, specialmente la colloquintide e l'aloe. La maggior parte delle emorragie sintomatiche dipendono da una lesione materiale delle tuniche intestinali: ora sono delle ulcerazioni siccome à luogo nella dissenteria e specialmente nella febbre tifoidea, mentre un simile effetto à luogo più raramente negli etici; più spesso si trova una degenerazione scirroso ed encefaloide degl'intestini: però mi è sembrato che la emorragia intestinale mancava molto più spesso nel cancro dello intestino che la gastrorragia in quello dello stomaco. Tutte le lesioni che anno per effetto l'alterazione della circolazione della vena porta, come la compressione di questa vena o delle sue principali branche, un tumore o lo sviluppo insolito del fegato, della milza e del pancreas, sono delle cause onnipotenti per la produzione delle emorragie intestinali. Per lo incomodo della circolazione epatica bisogna pure spiegare lo sviluppo di quelle emorragie passive le quali si mostrano qualche volta ne' fanciulli nati da uno a diciotto giorni, siccome Billard, i dottori Kinwisch, e Rahn-Escher ne riportano alcuni esempi. Finalmente le emorragie intestinali sono qualche volta sintomatiche della mancanza della fibrina del sangue; ciò osservossi nel 1803 negli operai delle miniere di Anzin; ciò è stato pure osservato in alcune altre malattie, come la *porpora emorragica*, lo scorbutto, la febbre gialla, il tifo e le febbri pestilenziali. In fine il sangue contenuto nello intestino potrebbe derivare dalla rottura di un tumore aneurismatico dell'aorta; ciò però deve essere eccessivamente raro.

Cura. — Tutto ciò che abbiamo detto precedentemente della cura profilattica e curativa della gastrorragia conviene esattamente alle emorragie intestinali. In quanto a quelle enterorragie sempre gravissime che si osservano ne' neonati, e che dipendono da una congestione passiva ne' vasi mesenterici, Billard consiglia di applicare due sanguisughe all'ano o il salasso al cordone; il Signor Rahn-Escher raccomanda gli astringenti uniti a' mucilagginosi, mentre i rivellenti sulla pelle ed i bagni caldi specialmente sono i mezzi che il Signor Kinwisch preferisce.

DEL FLUSSO EMORROIDALE, E DELLE EMORROIDALI

La parola emorroidi (da *αἷμα*, sangue, e *ρῆν*, io colo), usata dapprima siccome sinonimo di emorragia, serve ad indicare oggi certi tumori sanguigni che si formano alla parte infe-

riore del retto, o pure un flusso sanguigno il quale à luogo dallo stesso punto, e che torna più convenevole indicarlo sotto i nomi di *flusso emorroidale*.

Storia. — Le emorroidi hanno rappresentato una parte molto importante nella patologia; pochi autori non ne hanno parlato ne' loro scritti; eccettuato però Ippocrate e Galeno, i quali hanno consacrato la parola *emorroidi* per esprimere uno scolo di sangue dalle vene dello intestino retto, tutti gli altri ne hanno ampliata il significato, poichè hanno descritto gli emorroidi della vescica, della bocca, dell' utero ec. Questa confusione, introdotta nella scienza da Aristotile, si è perpetuata sino a' giorni nostri, siccome si potrà essere convinto dalla lettura istessa del Trattato di Montègre. Oggi però il significato della parola *emorroidi* è definitivamente stabilito. Questo punto della scienza è stato l' oggetto di un gran numero di ricerche; citeremo specialmente la dissertazione di Alberti, uno degli allievi di Stahl; le tesi inaugurali de' signori Récamier (1800), e Jobert (1828); il Trattato del Signor de Larroque e quello di Montègre, lavori i quali sono stati analizzati da' due dotti medici, il Signor Raige-Delorme ed il Signor professor Bérard nel t. XIII du *Dictionnaire de médecine*.

Anatomia patologica. — In questa forma della malattia emorroidale, la quale è costituita soltanto da un flusso sanguigno, s' ignora in quale stato si rattrova la membrana mucosa, però tutto porta a credere che essa presenta soltanto le modificazioni di colorito e d' inietramento che esistono nella enterorragia idiopatica. Nella maggior parte de' casi, la malattia emorroidale è caratterizzata dalla presenza di certi tumori. Questi sono violacei e più o meno emisferici; gli uni sono peduncolati, gli altri hanno una larga base; allora sono più distinti gli uni dagli altri, ed appena si scorge tra essi un solco profondo. La loro superficie è ora liscia, ora ineguale. Hanno un volume che varia da quello di una lenticchia sino ad un uovo di oca (P. Frank); sono più o meno flosci ed appassiti. Gli uni hanno sede al margine dell' ano, e si chiamano *emorroidi esterne*; gli altri perchè situati nello stesso intestino, e vi s' inseriscono al disopra dello sfintere interno, sono dette *emorroidi interne*. Di rado si prolungano nel retto ad una profondità di 6 a 8 centimetri; se ne sono però veduti moltissimi nella Siliaca (G. L. Petit). Gli autori i quali hanno studiato la struttura de' tumori emorroidali quasi tutti hanno dato delle opinioni esclusive: quindi gli uni li hanno considerati siccome varici; altri li credono formati dalle emorragie intestinali, o dal tessuto erettile di novella formazione. La divergenza però la quale regna a questo riguardo deriva dal perchè gli autori hanno diseccatto le emorroidi a differenti epoche della loro evoluzione, e quando esse erano state la sede di molte lesioni consecutive.

Dedicatomi ad alcune ricerche anatomiche, è adattato la opinione di coloro i quali credono che il tumore emorroidale; nel suo stato di semplicità, sia unicamente formato dalla dilatazione di una vena: questa verità è stata specialmente accertata per le abili disseccazioni de' signori Jobert e Blandin. In fatti, se all' esempio di Brodie e di Smith, s' inietta la vena porta o la vena mesenterica inferiore, si vede che la materia iniettata arriva liberamente nel tumore; e se questo s' incide, è facile convincersi che avvi continuità di tessuto ed identità di struttura tra esso e la vena. Quando poi l' emorroidi sono antiche, quando sono state la sede di congestioni e d' infiammazioni ripetute, la precedente disposizione è meno evidente, spesso non può osservarsi. Le pareti de' tumori emorroidali si sono allora spessite ed ipertrofiate; altre sono assottigliate, ammolite e perforate; il sangue è stravasato nel tessuto cellulare circostante, ed è perciò che alcuni autori sono stati indotti a considerare l' emorroidi siccome essenzialmente costituite da una emorragia interstiziale; però questo altro non è che una lesione secondaria. Altre volte molti tumori si riuniscono; le loro pareti si uniscono ancora, si confondono, si perforano: quindi quando s' incidono si crede aver sott' occhio un tessuto areolare. Qualche volta l' emorroide dura molto tempo, e si direbbe formata da un tumore solido: questo dipende ora dal perchè il sangue contenuto nel tumore si condensa; ora dal perchè il tessuto cellulare, cronicamente infiammato, forma una specie d' involucri o di strato alla vena dilatata. In fine le infiammazioni ripetute del tessuto cellulare, lo sviluppo insolito del reticello capillare, gli spandimenti sanguigni, danno a certe parti, quando s' incidono, lo aspetto di un tessuto cavernoso, e questa disposizione è indotto alcuni autori, ma a torto, a considerare i tumori emorroidali siccome un tessuto erettile di novella formazione. Le disseccazioni hanno pure provato che su i tumori emorroidali esisteva spesso uno spandimento delle fibre degli sfinteri, delle quali le une sono assottigliate, e le altre ipertrofiate; vi si rinviene pure una rete arteriosa considerabile ed i filetti nervosi. Quando l' emorroidi sono antiche, si trova un intreccio venoso sviluppatissimo intorno all' orificio dell' ano, e spesso incidendo il retto, si vede che i tronchi venosi che ne emergono, e che si diramano sotto la mucosa, presentano, nelle estensioni di 21 o 24 centimetri, un grandissimo calibro.

In riassunto diremo, co' signori Bérard e Raige-Delorme, che nella immensa maggioranza de' casi, i tumori emorroidali sono costituiti, al loro sviluppo, da una dilatazione venosa; che i cambiamenti anatomici i quali hanno luogo in seguito de' progressi della malattia presentano la più grande analogia con quelli che le stesse cause sviluppano ne' tumori varicosi delle gam-

he. In somma, le emorroidi altra cosa non sono se non che varici le quali si sviluppano a spese delle vene della estremità inferiore del retto: quindi abbiamo pensato dapprima a collocare queste malattie in un'altra classe; ma siccome non possiamo affatto separarle dal flusso sanguigno senza tumori, siccome queste non sono spesso, se non che una lesione consecutiva della congestione, è creduto più convenevole di parlare delle emorroidi in occasione delle altre emorragie intestinali.

Sintomi. — Nella maggior parte degl'individui, la comparsa de' tumori emorroidali è preceduta da una congestione o flussione verso la estremità inferiore del retto. Quest'individui provano un dolore gravativo verso il sacro, calore e prurito verso l'ano, gli scarichi ventrali sono difficili, dolorosi; spesso avvi un piccolo gemitio sieroso, biancastro o mucoso. Questi sintomi, i quali si accompagnano spesso a lombaggine, disuria, dolori addominali, perdita di appetito, nausea ed uno stato di mal'essere, possono durare molte ore; in generale durano da uno a tre giorni; alcune volte si prolungano per più di un settenario. Si risolvono ora con un gemitio sanguigno, altre volte cessano senza che si osservi alcuna evacuazione di sangue; infine, in molti casi, compariscono come fenomeni consecutivi di uno o molti tumori emorroidali. Questi si formano spesso in conseguenza di congestioni ripetute; altre volte poi si sviluppano lentamente, in modo oscuro, e sembrano preesistere manifestamente alla flussione sanguigna che provocano ed attivano.

Quando i tumori emorroidali sono la sede di una congestione, formano all'interno dell'ano una o molte protuberanze che presentano i caratteri precedentemente descritti; in oltre sono dolorosi, pulsativi, renitenti: altre volte più molli, si abbassano e si comprimono. L'ano è rosso, iniettato, vi sono desideri continui di andar del corpo; l'ammalato si lagna di stirature ne' lombi e nel ventre. Questi sintomi aumentano nella stazione e nella posizion verticale; il cammino è stentato, doloroso, spesso impedito. Il numero di questi tumori varia; qualche volta se ne osserva un solo: altre volte sono molteplici; spesso formano un cerchio ineguale intorno all'ano. Se si pratica il tatto del retto, lo che produce sempre dolore ed è anche impossibile, si conosce che di simili tumori esistono spesso nello intestino: altre volte non esistono tumori esterni, ma tutti sono situati nel retto. In quest'ultimo caso, l'ammalato prova una sensazione penosa e quasi dolorosa di pienezza e di distensione: le coliche, i dolori de' reni, la disuria, sono più forti, qualche volta avvi ritenzione completa di urina; i desideri di andar del corpo sono incessanti, l'escrezione delle materie fecali è avvenuta spesso impossibile in ragione della oblitterazione dello intestino; allora il mal'essere è maggiore, avvi meteorismo, nau-

see e spesso vomiti, se gli ammalati vanno del corpo, ciò à luogo co' più vivi patemi e dietro gli sforzi considerabili, durante i quali, non solo i tumori, ma ancora una porzione della mucosa, sono portati via allo esterno.

Corso, durata, esiti. — Dopo aver durato per un tempo che varia tra uno o due giorni e molte settimane, si veggono i tumori appassiti, e sparire senza che alcun gemito di sangue abbia luogo; si dice allora che le emorroidi sono *secche* e *non fluenti*. Nella maggior parte de' casi però, l'abbassamento de' tumori è preceduto da uno scolo più o meno considerabile di sangue (*hem. fluentes*). Questo è quasi sempre lo effetto di una semplice esalazione: altre volte è il risultato della rottura delle varici, rottura determinata sia da un distendimento eccessivo de' tumori, sia dalla pressione che esercitano su di essi gli sfinteri contratti e le materie stercorali durante l'atto della evacuazione. Finito lo scolo, è raro che i tumori spariscano affatto; nella quasi totalità de' casi continuano a formare all' intorno dell' ano delle piccole protuberanze flosce e senza dolore; più tardi però aumentano di bel nuovo, ed addiventano tese e dolorose subito che una novella congestione à luogo. Queste flussioni si ripetono ad intervalli più o meno ravvicinati, il più delle volte irregolari, qualche volta però periodici. In alcuni l' emorroidi si manifestano al rinnovarsi di certe stagioni; possono anche durare per tutta la vita; altre volte gli assalti si allontanano a misura che s' invecchia. Finalmente in molte persone cessano spontaneamente: gli ammalati possono conservare all' intorno dell' ano de' piccoli tumori duri simili ad una piega cutanea; se le dà allora il nome di *marishe*, ed altro non sono che emorroidi guarite mediante la formazione di un grumo o di una adesione delle pareti venose, altre volte non rimane alcuna traccia dell' antica malattia.

Complicanze. — I tumori emorroidali possono presentare diverse complicanze e dar luogo ad alcuni accidenti più o meno incomodi. Quindi le emorroidi interne che sono portate allo esterno con una porzione della mucosa, durante l'atto della evacuazione, possono addivenire irriducibili e strozzarsi per la compressione che lo sfintere, spasmodicamente contratto, esercita sulle stesse. In questo caso, il volume e la tensione de' tumori aumentando, questi prendono una tinta violacea; gli ammalati van soggetti alla maggior parte de' sintomi di strozzamenti erniari; i tumori possono anche cangrenarsi. Qualche volta la infiammazione, propagandosi dall' emorroidi al tessuto cellulare circostante, produce le suppurazioni diffuse al margine dell' ano, gli ascessi stercorali, gli scollamenti dello intestino e poscia le fistole. Le fissure all' ano, il prolasso della membrana mucosa, il restringimento dello intestino, uno scolo

mucoso o purulento abituale, la degenerazione cancerigna del retto, i dolori di natura nevralgica, ed una difficoltà abituale nell'atto della evacuazione, -son pure altrettanti accidenti o malattie che possono essere le conseguenze dell'emorroidi. In fine si veggono ammalati i quali conservano per molti anni di seguito un gemitio sanguigno abituale; da ciò ne risulta o un semplice stato anemico, o pure un indebolimento graduale, un demagramento più o meno considerabile, ed un disturbo più o meno profondo delle funzioni digestive. Questo stato incomodo della economia è stato distinto da molti autori sotto il nome inesatto di *etia emorroidale*.

Diagnosi. — Quando i tumori emorroidali sono nello stato di congestione, non possono confondersi con alcun'altra malattia. Nello stato di floscezza poi potrebbero esserlo con un polipo, ed anche meglio con certe escrescenze sifilitiche, specialmente con i *condilomi*, e le *creste di gallo*. Queste vegetazioni però hanno una forma piana; esse offrono al loro bordo libero delle fenditure trasversali, coincidono con altri sintomi consecutivi di sifilide: in fine si sono sviluppate lentamente, sono aumentate di volume, e non offrono mai quelle alternative di congestione e di appassimento che si osservano ne' tumori emorroidali. Lo stesso dicasi per i polipi del retto, i quali sono per lo più peduncolati, molli, siccome spugnosi o fungosi, e sembrano spesso formati da molti lobi. Bisogna pur anche non confondere il flusso emorroidale con gli altri scoli sanguigni che hanno luogo dall'ano. Per chiarire la diagnosi, in questi casi, si analizzeranno accuratamente i sintomi, si osserverà attentamente il retto mediante il tatto, ed anche se sia necessario, collo speculum.

Pronostico. — Gli antichi medici, specialmente quelli della scuola di Stahl, ed anche la maggior parte de' nostri contemporanei, considerano l'affezione emorroidale siccome un beneficio della natura, siccome una funzione necessaria che bisogna sempre rispettare; questa opinione però è esagerata. Non cade dubbio che alcuni individui abbiano veduto certi sintomi gravi cessare dopo che le emorroidi si sono stabilite. In fatti, in molti emorroidali, si veggono gli accidenti della plethora risolversi collo comparsa di un flusso sanguigno del retto, ed anche pel prodotto di una semplice congestione de' vasi emorroidali. Questi fatti però sono eccezionali, e per poco che si volesse studiare la quistione che metto in campo, si potrà esser convinto che le emorroidi costituiscono [quasi sempre una malattia incomodissima, e che vi sarebbe vantaggio a non soffrirla. Quando però la economia è abituata da lungo tempo ad un flusso emorroidario, vi correrebbe del pericolo sopprimendolo bruscamente, specialmente quando è periodica; d'altronde ciò

gli è comune con molte altre abitudini morbose. Tutto quel che è detto dello scolo sanguigno si applica pure alla semplice congestione.

Etiologia. — Le emorroidi sono state osservate sin dal primo anno della esistenza sino alla estrema vecchiezza; il maggior numero però si sviluppa nel periodo medio della vita, cioè tra trenta e quarant'anni. E cosa certa che le emorroidi sono più frequenti nella donna che nell'uomo: questa opinione è conforme a ciò che Cullen ha osservato in Scozia, e Bosquillon a Parigi: i seguaci della scuola di Stahl hanno però preteso il contrario. La influenza ereditaria non è ancora dimostrata, e nulla si conosce sulla influenza reciproca de' diversi temperamenti. La malattia sembra essere inegualmente frequente ne' diversi paesi, il che dipende forse meno dal clima esso stesso, che dalle abitudini, da' costumi e specialmente dal regime. Un alimento molto animalizzato, l'abitudine della equitazione, tutte le professioni che costringono a rimanere assisi, i viaggi in carrozza, la costipazione, gli sforzi per andar del corpo, i tumori del cavo della pelvi, specialmente la distensione dell'utero nello stato di gravidanza, sono queste le cause il cui effetto è meno incerto; molte di esse agiscono in modo affatto meccanico, alterando la circolazione nelle vene emorroidali. A queste cause bisogna aggiungere quelle la cui azione si esercita provocando i flussi attivi verso il retto; tali sono le applicazioni ripetute delle sanguisughe all'ano, i purganti drastici, specialmente l'aloè, la presenza degli ossiuridi nella porzione inferiore dello intestino crasso.

Cura. — Il metodo curativo è palliativo, curativo e profilattico. Tosto che l'ammalato avverte i sintomi che indicano una congestione de' vasi emorroidali, ed a ragion più forte tosto che il tumore si manifesta, bisognerà amministrare un lassativo blandissimo. Si consiglia poscia all'ammalato la posizione orizzontale, le lavande fredde, e le applicazioni permanenti di compresse fredde sul tumore, al perineo e sul sacro. In fine i semi clisteri ed i bagni freddi del sedere sono vantaggiosi, perchè calmano i dolori, diminuiscono il volume de' tumori, e sollecitano la loro risoluzione. Quando però questi sono dolorosissimi e molto tesi, quando sono la sede manifesta di una infiammazione che guadagna già il tessuto cellulare circostante, àn proposto di covrirli con cataplasmi emollienti sedativi ed anche di sanguisughe. Altri vogliono che queste siano applicate alle parti vicine, per esempio alle natiche ed alla regione del sacro; questi mezzi però mi son sembrati privi di vantaggi, e raramente ho veduto i tumori sgorgarsi anche quando si applicava un gran numero di sanguisughe; quindi ho preferito le larghe incisioni, e poi immergere gli ammalati in un bagno tie-

pido per facilitare lo sgorgamento delle parti. Questi sbrigliamenti sono più utili delle pungiture e delle scarificature superficiali che alcuni hanno consigliato, e che infatti hanno avuto l'inconveniente di aumentare la congestione. Quando i tumori sono strozzati per effetto della contrazione spasmodica dello sfintere, bisogna sollecitare di ridurle nel retto, mediante una pressione metodica, ed una volta ridotte, s'impediscono di uscir di bel nuovo, collocando sull'ano un cuscinetto che sarà mantenuto mediante una fasciatura a T. Se la riduzione è impossibile, bisogna ottenere lo sgorgo de' tumori con i mezzi precedentemente indicati.

Alcuni tumori emorroidali sono dolorosissimi, senza che questo eccesso di sensibilità potesse spiegarsi per lo stato infiammatorio. In questo caso conviene ungerli col sego o coll'unguento populeum; l'ammalato ne imbratterà tutte le superficie affette; cercherà pure d'introdurne nel retto mediante il dito indicatore. Alcune volte i dolori eccessivi sono occasionati da piccole erosioni o dalle ulcerazioni che hanno sede sull'emorroidi. Quando si verifica questa lesione, bisogna invece de' narcotici, i quali sono poco utili in questi casi, toccare le parti col nitrato d'argento. I mezzi precedenti saranno agevolati nella loro azione da un convenevole regime. Se avvi febbre, la dieta ed anche il salasso generale potrebbero essere indicati; nella maggior parte de' casi però basta diminuire la quantità degli alimenti, di sceglierli tra quelli che sono poco riscaldanti, e che contenendo molti principi nutritivi, danno poca materia escrementizia. Gli ammalati prenderanno una bevanda emolliente temperante; manteranno il ventre lubrico mediante i clisteri ed alcuni blandi purganti. Raramente il flusso sanguigno è tanto abbondante per richiedere una cura speciale. Se però questo caso avesse luogo, s'insisterà sulle bevande, sulle lavande fredde, ed anche su i clisteri col ghiaccio.

Alcune volte si osservano ammalati i quali soffrono un gemitio di sangue interminabile che li spossa: ciò dipende spesso dalla ulcerazione o da una erosione superficiale, o pure da uno stato fungoso de' tumori. Abbiamo sempre combattuto queste lesioni in modo tanto pronto quanto efficace, toccando queste parti con un lapis di nitrato d'argento, il che è una operazione dolorosissima. Raramente una sola cauterizzazione è sufficiente, il più delle volte bisogna ripeterla due o tre volte, lasciando scorrere un intervallo di otto o dieci giorni tra l'una e l'altra. I primi due o tre giorni che sieguono la cauterizzazione, abbiamo l'uso d'introdurre nel retto uno stuello unto con una pomata di calomelano, del quale si aumenta gradatamente il volume, ed à il vantaggio di affrettare la cicatrizzazione delle erosioni ed abbassare i tumori per effetto della compressione.

Se le emorragie fossero sostenute dal volume eccessivo de' tumori, bisognerebbe sperimentare lo stesso metodo di cura, aggiungere le docciature ascendenti, semplici, alcaline, solforose, astringenti. Dopo aver messo in pratica in vano tutti questi mezzi bisogna decidersi per la estirpazione dell' emorroidi. Non debbo occuparmi in questo luogo dello scollamento, delle fissure, delle fistole, delle cadute del retto, del restringimento dello intestino e di tutte le malattie consecutive che le emorroidi possono determinare, e che richiedono la cura chirurgica. Per le leucorree croniche dell' ano, si combattono col balsamo di copai-
ba, gli astringenti, le docciature ascendenti, e specialmente colla cauterizzazione coll' azotato di argento. Per l' anemia, conseguenza delle perdite eccessive e prolungate, si useranno i tonici ed i ferruginosi.

Il metodo curativo dell' emorroidi è puramente chirurgico. Il processo che il più delle volte si mette in pratica consiste nella estirpazione de' tumori, ma qualunque possa essere il metodo da preferirsi, essa costituisce sempre una delle operazioni gravi, e che à procurato molte vittime. È dunque un dovere del medico di non operar mai per compiacenza. Ogni qual volta le emorroidi saranno soltanto incommode, bisogna che gli ammalati vi si abituino; se poi il loro volume è tale che gl' individui non possono esercitare le loro occupazioni, se i dolori di cui son la sede, gli scoli sanguigni, mucosi purulenti che sostengono, depauperano la costituzione, in questo solo caso bisognerà sbarazzarne gli ammalati.

Le emorroidi una volta sopresse, bisogna, se l' economia sembra esservi abituata, sostituirle con qualche altro scolo. Quando poi si vuole stabilire o richiamare un flusso sanguigno verso il retto, in quelli soggetti alle congestioni cerebrali, si applicheranno due o quattro sanguisughe, che si replicheranno per molti giorni di seguito. Si collocheranno poscia gli ammalati sopra un vaso dove si sviluppano i vapori; questi si potranno anche introdurre nel retto mediante un tubo. Si amministrerà l' aloe, il quale come ognun sa, esercita la sua azione purgativa e congestiva sul retto. Si potrebbero pure usare i suppositori o una pomata, della quale si faranno le frizioni alla regione dell' ano, siccome Dupuytren lo praticava qualche volta (4 gramme aloe con 30 di sugna). In fine il Signor Trouseau consiglia, per la stessa indicazione, di applicare per uno, due o tre giorni un suppositoio composto di 4 gramme di butirro di cacao, col quale si uniranno 15 o 20 centigramme di emetico.

Per prevenire il ritorno dell' emorroidi, l' ammalato guarderà un regime blando; le carni bianche, i legumi erbacei ed i frutti saranno preferiti. Si eviteranno gli sforzi, specialmente

per andar del corpo; si procurerà di compiere questa funzione in tutti i giorni, e per facilitarla si farà uso di un semplice clistere di semi di lino. Mattina e sera si laverà l'ano con acqua fredda, farà uso di uno o due bagni in ogni settimana, bandirà la cavalcatura: dormirà sopra un letto di crini o di paglia, e rimarrà il meno possibile sul dorso. Se è abituato alle occupazioni sedentee, scieglierà una sedia elastica e leggermente convessa, per così sostenere la regione dell'ano.

DELLA EMATURIA

Sinonimia. — Piscio di sangue; *mictus cruentus*, *sanguineus*.

La parola *ematuria* serve per indicare l'escrezione del sangue dal canale dell'uretra, che à luogo come l'urina, per la contrazione della vescica. Dietro questa definizione, è cosa evidente che nella ematuria non si comprendono affatto le esalazioni sanguigne che si operano nell'uretra, emorragie che bisogna studiare separatamente.

Divisioni. — Indipendentemente dalla distinzione delle ematurie in essenziali e sintomatiche, in attive e passive, la quale distinzione può loro applicarsi come a tutte le altre emorragie, sono state anche distinte in *renali*, *ureteriche*, e *vescicali*, secondo che il sangue è esalato ne' reni, negli ureteri o nella vescica. Questa distinzione è certamente fondata, ma essa è impossibile il più delle volte all'letto dell'ammalato.

Anatomia patologica. — Nella ematuria idiopatica, non avvi alcuna lesione di tessitura nella mucosa delle vie urinarie. Se la ematuria è sintomatica, si troveranno delle lesioni variabilissime ne' reni, negli ureteri e nella vescica; le più frequenti sono i calcoli, ed i carcinoma, qualche volta le infiammazioni acute o croniche. La emorragia è stata spesso prodotta da veri tumori varicosi posti specialmente all'interno del collo della vescica.

Sintomi, corso. — La ematuria è quasi sempre preceduta da alcuni fenomeni precursori, gli uni generali, gli altri locali. Questi ultimi variano secondo il punto delle vie nel quale la esalazione sanguigna à luogo. Se avviene ne' reni, gli ammalati provano un dolore ottuso, contusivo, o pure calore ne' lombi; se poi la emorragia, deve succedere nella vescica, l'ipogastrio è la sede di un dolore profondo; avvi un senso di peso verso l'ano ed il perineo, o pure un dolore puntorio esiste, specialmente allo estremo della verga. L'ematuria che è lo effetto dello assorbimento delle cantaridi è preceduta da un ardore vivissimo in tutte le vie urinarie e da un priapismo vio-

lento. A' sintomi che precedono si unisce uno stato di mal'essere, di brividi irregolari, di frequenti desideri di urinare, e quando gli ammalati vi acconsentono, emettono una quantità di sangue più o meno considerabile. Questa escrezione à luogo qualche volta mediante un getto continuo e senza alcun patema; altra volta soltanto dopo molti sforzi e premiti il liquido viene espulso a poco a poco, e spesso a goccia a goccia. Qualche volta avvi ritenzione di urina: questo accidente dipende il più delle volte dal perchè un grumo à otturato il collo vescicale. L'aspetto del sangue è variabile; alcune volte è puro, e quasi senza alcuna mescolanza coll'urina; questo caso però è raro, e non è osservato che nelle piaghe de' reni. In generale il sangue è misto a molta urina, allora è di color rosso o nero; si distinguono inoltre, piccoli grumi neri o fibrinosi, ed un gran numero di globetti. In fine qualche volta il sangue è in poca quantità che l'urina non presenta al momento della uscita se non che un colore roseo, e non deposita alcun grumo fibrinoso. Se però si esamina il liquido col microscopio, tosto si scovrono i globetti sanguigni, cioè certi corpicciuoli di un 120.^o di millimetro circa, lenticulari, giallastri, che sembrano avere un nocciuolo centrale, insolubile nell'acqua e nell'acido nitrico, e solubili nell'acido acetico. L'urina, sanguinolenta, si coagula inoltre mediante il calorico e dà molto precipitato mediante l'acido nitrico. La quantità del sangue varia moltissimo non solo alle differenti epoche della malattia, ma nelle diverse emissioni di urina che anno luogo nella medesima giornata. Quindi si è veduto nelle emorragie renali, l'urina addiuvne all'improvviso scolorata, ciò dipende spesso dal perchè, l'uretere del reno ammalato essendo stato ostrutto da un grumo o da un calcolo, l'urina proviene unicamente dal rene del lato opposto (Rayer). Se la ematuria è sintomatica, si associa a molti altri sintomi locali, che variano secondo la natura delle alterazioni organiche esistenti. I sintomi generali differiscono pure per la maggiore o minor quantità della emorragia; però è raramente forte da produrre gli accidenti che sieguono le emorragie eccessive.

Durata, esiti. — La durata della ematuria può essere di due giorni soltanto, qualche volta di qualche ora, ciò che osservasi quando la malattia è idiopatica. Se poi è sintomatica potrà durare per molti mesi a diversi gradi. Checchè ne sia la presenza del sangue nella urina per alcuni giorni di seguito non indica necessariamente che molte esalazioni abbiano avuto luogo successivamente; ma può dipendere dal perchè un grumo essendosi formato nella vescica, è poscia disciolto a poco a poco dall'urina, che colorisce in nero.

L' ematuria idiopatica o sintomatica può essere molto abbondante per produrre la morte: il Signor Rayer ne cita un esempio, ma questi fatti sono eccessivamente rari. L' ematuria va soggetta alle recidive come tutte le altre emorragie; ed allora si manifesta ad intervalli più o meno ravvicinati, e quando è supplementaria (cosa rarissima) affetta de' parossismi periodici.

Accidenti consecutivi. — La esalazione del sangue nelle vie urinarie può addivenire la causa di molti accidenti; quindi abbiamo veduto un sol grumo, il quale otturando il collo della vescica, produce una ritenzione di urina. Altre volte il sangue si condensa nell' uretere, e rendendo questo condotto impermeabile, questo liquido e l' urina si accumulano nel calicetto; il rene così disteso può allora formare un voluminoso tumore, che protuberà ne' lombi e nel fianco; ma questi fatti sono rari, poichè se l' uretere è ostruito, lo è momentaneamente. Questa ostruzione può produrre differenti accidenti, specialmente gli accessi di coliche nefritiche. I sintomi, qualunque sia d' altronde la loro forma, finiscono in generale dopo breve durata, quando gli ammalati hanno espulso con dolore o pur senza una maggiore o minor quantità di pezzi di fibrina scolorati, allungati, che hanno spesso la forma ed il volume di un lombrico, ciò che à dato luogo spesse volte ad errori grossolani. Queste concrezioni fibrinose sono spesso incavate e canaliformi. In fine, non è raro vedere un grumo sanguigno, trattenuto nel calicetto o nella vescica, addivenire il nocciolo di un calcolo.

Varietà. — Per completare la istoria sintomatica della malattia, debbo far conoscere una forma di ematuria la quale, secondo il Signor Rayer è endemica a l' Ile-de-France ed al Brasile. Questa emorragia, la quale è essenziale, affetta specialmente la infanzia; qualche volta è talmente leggiera, che gl' individui non ne sono affatto incomodati, altre volte però è più grave. Di rado le perdite del sangue sono tanto forti per alterare profondamente la costituzione. In questa specie di ematuria, l' urina deposita, indipendentemente da' globetti sanguigni, una grande quantità di acido urico cristallizzato, qualche volta sono veri calcoletti. In un'altra forma della malattia, l'apparenza della urina è delle più rimarcabili. In fatti nello spazio di venti quattr' ore, i fanciulli emettono due specie di urinae, una sanguinolenta, l'altra, in generale, formata alcune ore dopo la digestione, è di un rosso pallido: abbandonata a se stessa, si separa in due strati, uno inferiore e sanguinolento; l'altro superiore, e fioco, lattiginoso o opaco (*urina chilosa*). Questa ultima materia, sulla natura della quale non si è di accordo, offre molta rassomiglianza col chilo. La ematuria ende-

nica dell' Ile-de-France è una malattia cronica. Dopo essere cessata per alcuni giorni o alcune settimane, si riproduce, e dura sino alla pubertà e qualche volta più. In alcuni individui nei quali addivene costituzionale, e che conservano dopo un soggiorno di molti anni in Europa. La maggior parte però guariscono in viaggio, ma il più delle volte la malattia si fa recidiva al loro ritorno nella patria. Questa ematuria sembra raramente seguita dalla morte; d'altronde s'ignorano le lesioni cadaveriche che l'accompagnano.

Diagnosi. — Nella diagnosi trattasi 1.° di saper ben distinguere le urine sanguinolenti. Il loro aspetto e la natura del deposito bastano spesso per caratterizzarle; ne' casi dubbj però si ricorrerà all'ispezione microscopica, la quale farà conoscere la presenza de' globetti sanguigni che non possono confondersi con altra cosa: 2.° bisogna ricercare se il sangue è stato esalato ne' reni, negli ureteri o nella vescica. Il più delle volte si possono avere a questo oggetto soltanto semplici supposizioni. Si sospetterà che il sangue viene da' reni quando gli ammalati rendono de' filamenti fibrinosi, ramificati, i quali han dovuto formarsi evidentemente nella sostanza tubulare. Nessun segno può far conoscere se il sangue venga dagli ureteri. Si sospetta che il liquido è stato esalato nella vescica quando tutti i fenomeni locali sono stati concentrati verso quest'organo; il sangue è allora misto meno intimamente all'urina che quando viene da' reni. 3.° In fine si cercherà se la ematuria sia essenziale o sintomatica e si deciderà per l'una o per l'altra, secondo che esistono o pur no i segni di qualche affezione delle vie urinarie, e secondo che dopo la terminazione della emorragia gli ammalati si ristabiliscono prontamente, o rimangono languidi, malaticci, e novelli accidenti si manifestano. Se la ematuria renale è qualche volta essenziale, quella che è vescicale non lo è quasi mai ed è ligata comunemente alle lesioni organiche facili a scovrirsi.

Pronostico. — L'ematuria non costituisce una malattia grave se non quando è abbondante, dura lungo tempo, ed è l'effetto di lesione grave di tessitura, o della presenza di un calcolo. L'ematuria che avviene nel corso di una malattia acuta grave, siccome lo sono le febbri pestilenziali, eruttive, in ispezialità il vaiolo, indica quasi sempre che l'affezione avrà tosto un esito funesto. Nella prognosi è uopo tener gran conto di questa circostanza che l'ematuria, almeno ne' nostri climi, è quasi sempre sintomatica a segno che, Cullen confessa non averne mai osservato di essenziali.

Etiologia. — Ignoriamo quasi all' intutto le cause predisponenti ed efficienti dell'ematurie essenziali. Si dice che erano più comuni nel uomo, nella giovinezza e nelle persone di temperamento sanguigno. La vita sedentanea, la buona vititazione,

gli eccessi de' liquori spiritosi e della venere sono stati riguardati come altrettante cause predisponenti o determinanti: ma ciò manca di dimostrazione. Tra tutte le cause accennate, solo il clima v' influisce. L'ematuria in fatti è una malattia de' paesi caldi, anzi noi la veggiamo dominare endemicamente ne' giovani dell' Ile de-France; essa à frequentemente colpito i nostri soldati durante la campagna di Egitto (Renoult), tanto che ne' paesi temperati ove noi viviamo è una malattia rarissima. Io però parlo qui dell'ematurie essenziali soltanto, ma non così avviene delle sintomatiche. Queste possono essere prodotte da una lesione traumatica, dalla infiammazione, ulcerazioni delle vie urinarie, presenza di un calcolo, di funghi, di varici, o di cancro. Alla fin fine possono essere sintomatiche di uno stato generale grave della economia, il che osservasi nelle febbri pestilenziali, nel corso delle scarlattine e de' vaioli maligni come pure nello scorbutto e nella porpora emorragica.

L'ematurie idiopatiche sogliono più spesso in modo spontaneo; altre fiate si manifestano in seguito di fatiche corporali, dopo una lunga equitazione, per esempio, o pure dopo l'uso de' purganti drastici, come l'aloè o lo assorbimento delle cantaridi. L'emorragia di chè noi parliamo può essere ancora vicaria, cioè manifestasi con la soppressione di un flusso sanguigno periodico, come le regole o l'emorroidi. Finalmente si è veduto, ma rarissimo, l'ematuria, manifestandosi in seguito di uno sforzo critico, risolvere una malattia più o meno grave.

Cura. — L'ematuria secondo che è attiva o passiva richiede i mezzi di cui abbiám di già parlato in occasione di altre emorragie, che torna inutile ripetere: l'ematuria intanto richiede qualche cura particolare. Allorchè la malattia succede all'assorbimento delle cantaridi, oltre i bagni caldi, e le bevande abbondevoli, si dovranno prescrivere internamente le pillole di canfora ed oppio. Sonosi proposti diversi mezzi per rimediare agli accidenti prodotti dal coagolo del sangue nella vescica, cioè alla disuria, al tenesmo, ed alla ritenzione di urina. I più consigliano in questi casi le bevande abbondevoli, e l'introduzione nella vescica di una sonda di argento, colla quale il grumo sarà diviso, infranto, poscia s' inietterà molt' acqua nello scopo di espellerlo. Ma come iniettar l'acqua in una vescica già piena? Costretti da questa impossibilità, taluni chirurghi àn proposto l'incisione del perineo (Severinus, As. Cooper). Questa operazione non sarà giustificata se non quando l'uretra sarà ostruita da un restringimento o da tutt' altro ostacolo che non potrebbe togliere così presto. Dopo aver stabilito e riconosciuta l' inutilità di questi mezzi consigliati sin qui, e l'impossibilità della loro applicazione, il Signor Leroy d' Etioles à proposto un metodo semplice, facile che egli à usato con successo in cinque casi di

riempimento di sangue nella vescica. Questo mezzo consiste nel vuotamento per la introduzione di un grosso catetere di gomma elastica a curvatura fissa e senza peduncolo, che bisogna ripetere sino alla completa evacuazione. Il Signor Leroy à ottenuto così la estrazione di 2 chilogrammi di sangue rappreso senza che il passaggio del catetere applicato più di cento volte in poche ore avesse cagionato alcun accidente o dolore.

L' ematuria endemica de l' Ile-de-France, anche al suo sviluppo, richiede raramente l' uso di una medicina attiva. Quando si prolunga ed à indebolito la costituzione richiede l' uso dei ferruginosi. Se è accompagnata da un deposito di acido urico, dovranno prendere delle bevande alcaline; se la urina è chillosa, albuminosa, adiposa, si tenterà internamente la tintura di cantaridi, la quale è sembrata utile alcune volte in simili casi; i balsamici sono riusciti pur anche utili; finalmente quando la malattia è restia, si consiglierà il cangiamento d' aria.

DELL' URETRORRAGIA O URETRO-EMORRAGIA

La emorragia che à luogo dalla membrana mucosa dell' uretra chiamasi *uretrorragia*.

Questa malattia la quale è a poco presso esclusiva dell' uomo, è spesso annunziata da un dolore gravativo che occupa il tragitto dell' uretra e si propaga al perineo e sino a' lombi. Il canale è la sede di un senso di scottatura; l' escrezione dell' urina provoca il cuociore, spesso è difficile ed incompleta. Il sangue scappa comunemente a gocce a gocce dal meato urinario, è puro, non misto all' urina; se la esalazione à luogo verso la porzion prostatica dell' uretra, una parte del liquido può ri fluire nella vescica, dove si unisce all' urina, poscia vien segregato mediante le stesse contrazioni vescicali; questo fatto però è raro. L' nretrorragia non è mai considerabile; in generale non à che una durata di pochi istanti o al più di alcune ore; raramente persiste due o tre giorni.

Da quel che precede chiaro risulta che la uretrorragia si distingue facilmente dall' ematuria, in quanto che nella prima il sangue scappa spontaneamente per le sole leggi di gravità e senza il soccorso delle contrazioni vescicali.

Il pronostico non è mai grave.

L' uretro-emorragia è quasi sempre consecutiva alla blenaragia, a qualche violenza esercitata sull' nretra, come una contusione, una lacerazione prodotta dalla introduzione di una sonda, o ad una causa traumatica qualunque; più di rado è dovuta alla congestione spontanea della membrana mucosa.

Per curare questa leggiera affezione, la verga sarà mantenuta perpendicolarmente sul ventre; lo ammalato guarderà il riposo in una posizione orizzontale, ed eviterà tutte le cause di eccitamento. La emorragia che sorviene nel corso di una violenta blenorragia cede a' mezzi antiflogistici che si usano contro la malattia principale.

DELLA METRORRAGIA

Sinonimia. — Emorragia uterina, perdita di sangue o perdita uterina.

Bisogna definire la *metrorragia*, qualunque scolo sanguigno che à luogo alla superficie interna dell' utero fuori il tempo della mestruazione, o pure all' epoche mestrue, ma in maggior quantità del solito.

Le divisioni che abbiamo ammesse per tutte le emorragie che precedono, in attive e passive, idiopatiche e sintomatiche ec., sono egualmente applicabili alla metrorragia. Oltre à che questa potendo aver luogo nello stato di vacuità dell' utero o durante la gravidanza o pure poco dopo il parto, ed in questi casi, la malattia non offrendo nè lo stesso corso nè la stessa gravezza, riconoscendo cause differentissime che spesso esigono una special terapeutica, bisogna farne tante affezioni speciali quasi distinte che conviene studiare a parte. In questo luogo mi occuperò solamente de' flussi sanguigni della prime specie, rimandando, per tutte le emorragie della donna gravida e partorita, a' libri moderni di ostetricia, e particolarmente alla degnissima opera del mio ottimo amico Jacquemier, dove questo soggetto, come pure tutto il resto, è superiormente trattato.

Sintomi. — Raramente la metrorragia si manifesta senza prodromi; ciò osservasi solo quando una causa violenta avendo agito, la malattia si manifesta simultaneamente o almeno immediatamente dopo. I prodromi della metrorragia in generale sono tutti quelli che precedono l' eruzione mestrue; solamente offrono alcun poco d' intensità e durano ad un certo grado per i due o tre primi giorni della emorragia. Lo scolo sanguigno il quale caratterizza la emorragia si stabilisce a poco a poco, o pure ad un tratto; esso si manifesta senza interruzione, o si sospende e si rinnova a brevi intervalli; in generale è continuo, raddoppia ad istanti; le ammalate espellono allora una certa quantità di grumi. Questi scappano specialmente quando si fanno sforzi per andar del corpo o nella stazione; essi vengono dalla vagina, e vi si formano ogni qual volta la donna conserva la posizione orizzontale. L' origine de' grumi spiega perchè la loro uscita non è accompagnata nè preceduta da que vi-

vi dolori di cui l' utero è la sede , quando si sforza per espellere un corpo estraneo rinchiuso nella sua cavità. Quando la emorragia è semplice , idiopatica , nessun grumo avendo luogo nell' utero , le ammalate si lagnano raramente di dolori nell'atto della espulsione ; accusano soltanto dolori lancinanti e contusivi all' ipogastrio , a' lombi , ed agl' inguini come pure alla parte superiore delle cosce. La esplorazione dell' utero mediante il dito introdotto nella vagina , ed il tatto ipogastrico , non fanno scorgere alcun aumento nel volume dell' organo. La sola modifica che abbiamo potuto osservare è una dilatazione nell' orificio dell' utero , qualche volta talmente considerabile da permettere la introduzione della polpa dell' indicatore. Durante la emorragia , le donne si lagnano di cefalalgia , variabile per la sede e per la intensità , provano mal' essere , l' appetito è perduto. I sintomi generali variano a seconda che la metrorragia è attiva o passiva o secondo la quantità del sangue perduto ; mi basta averlo indicato , rimandando il lettore per i dettagli di ciò che abbiamo detto a quest' oggetto , parlando delle altre emorragie.

Corso , durata , esiti. — Le perdite uterine non finiscono mai bruscamente ; ma si vede lo scolo , dapprima continuo , si sospende di tempo in tempo , poi decresce ; infine dopo una durata , la cui media è di circa un settenario , la emorragia finisce completamente. Raramente si prolunga per molte settimane , e molto meno per molti mesi ; ciò à luogo soltanto in quelle donne che non vogliono osservare il riposo , o pure in quelle la cui emorragia è sintomatica di una lesione organica , o quando è eccitata dalla presenza di un corpo estraneo , come un polipo. Checchè ne sia , il sangue renduto , perde spesso la proprietà coagulabile ; qualche volta le ammalate spossate non mandano che un fluido sieroso appena sanguinolento. La quantità del sangue può essere difficilmente calcolata nel corso di una emorragia. D' altronde è raro vedere la emorragia idiopatica la quale si manifesta nello stato di vacuità essere seguita da' sintomi di anemia che succedono a tutte le emorragie eccessive. Però intendo parlare di donne ben costituite , poichè quando la emorragia à luogo in una ragazza impubera (cosa rara però) , essa produce una grandissima debolezza quantunque nella maggior parte essa abbia una durata di due o tre giorni soltanto , e lo scolo sanguigno sia poco considerabile. Tutto ciò che abbiamo detto in questo luogo si applica pure alle ragazze clorotiche , nelle quali le regole si trasformano qualche volta in vere perdite , in seguito delle quali gli accidenti nervosi ed anemici si aggravano. Queste emorragie possono essere anche abbondantissime ed ostinatissime da produrre la morte , siccome il Signor Requin ne à osservato un esempio. In gene-

rale, i dolori e lo stato di sofferenza dipendenti dall'utero, i quali accompagnano la maggior parte delle metrorragie, diminuiscono o finiscono collo scolo sanguigno; però è frequente cosa vederle continuare in seguito. Questa persistenza si liga spessissimo ad uno stato permanente della congestione verso l'utero, e rende imminente una recidiva della emorragia. I ritorni delle perdite hanno luogo ad intervalli più o meno ravvicinati; spessissimo sono ligati all'epoche mestrue. Quindi si osservano frequentemente nella pratica, donne nelle quali per molti anni le regole si trasformano ciascun mese in una vera metrorragia. Ciò osservasi verso l'età critica; però a quest'epoca, si veggono forse più frequenti le emorragie alternare colla sospensione delle regole.

Le emorragie uterine di corso cronico sono il più delle volte sintomatiche. Hanno luogo ora in modo continuo; più spesso il gemitio cessa di tempo in tempo, poi la emorragia ritorna più forte; queste esacerbazioni coincidono il più delle volte con i periodi mestrui.

Diagnosi. — La mestruazione presentando grandi differenze, non solo da individuo ad individuo, ma pur nella stessa persona, ne siegue spesso la difficoltà di determinare il punto in cui lo scolo sanguigno cessa di appartenere alla mestruazione, e merita il nome di metrorragia. Si dice di aver riguardo alla quantità del sangue perduto; quest'attenzione però non presenta alcuna certezza. Crediamo piuttosto doversi calcolare la influenza che la emorragia esercita sulle principali funzioni. Questo precetto ci sarà utile per determinare se uno scolo sanguigno il quale si stabilisce in una ragazza impubere debba essere considerato come caratteristico delle regole precoci o come appartenente ad uno stato patologico, ad una emorragia. Allora la quistione sarà quasi sempre risolta nel secondo senso a causa dello indebolimento che queste perdite di sangue determinano nella costituzione, anche quando sono poco considerabili. Alcuni credono distinguere la emorragia mestrua da quella morbosa, dicendo che nella prima il sangue è sempre fluido, mentre nella seconda spesso si formano i grumi. Questo fatto è generalmente vero; però abbiamo veduto molte donne le quali in ciascuna epoca della mestruazione cacciavano fuori grumi voluminosi per lo spazio di uno o due giorni, senza però che si fosse autorizzato ad ammettere che in esse vi fosse vera perdita.

Interrogando ora a noi stessi quale debba essere il vero valore semiotico di una metrorragia, diremo esser cosa verissima che le emorragie essenziali sono meno rare dall'utero che da qualunque altro organo: l'osservazione però fa conoscere che non bisogna fidare di tutte le metrorragie alquanto considerabili

perchè nella maggior parte de' casi sono sintomatiche. Così una emorragia uterina abbondante, con grumi, accompagnata da dolori nell'atto della espulsione, dinota un aborto preparato o effettuato. Quasi tutte le metrorragie hanno luogo in seguito de' falsi concepimenti nelle giovanette, nelle donne giovani e nelle prostitute. Altra volta la metrorragia dipende dallo ingorgo cronico dell'utero, da un' affezione granulosa del collo, e specialmente dalla presenza di un polipo o di una degenerazione scirrova, affezioni che il tatto o la esplorazione mediante lo speculum faranno scoprire spessissimo. Per terminare diremo che nelle donne avanzate che hanno perduto le regole, e che si ripetono di nuovo dopo alcuni anni, bisognerà sospettare una lesione organica, anche quando lo scolo simula, per la sua perfetta periodicità, un'epoca mestrua. In fine bisogna diffidare delle regole le quali si mostrano due volte al mese, poichè un simile scolo, raramente compatibile colla salute, è spesso sintomatico.

Pronostico: — Torna inutile il dire che la gravità del pronostico varia secondo l'abbondanza della emorragia, la influenza che esercita sulla costituzione, e secondo che è essenziale o sintomatica. D'altronde qualunque sia la causa della metrorragia, subito che dura lungo tempo, costituisce una malattia grave, poichè predispone agli aborti, o rende impossibile una novella fecondazione. La metrorragia la quale assale le ragazze imuberi e clorotiche è più pericolosa di quella che colpisce una donna adulta. In fine, perciò che riguarda il pronostico delle metrorragie sintomatiche, credo, a cose eguali d'altronde, che quelle che dipendono dalla presenza di un polipo o di un cancro sono più gravi, a causa della loro abbondanza e della loro ostinazione.

Etiologia. — Rare prima della pubertà, le metrorragie sono tanto più frequenti in quanto che la donna si avvicina alla età critica. Le menorragie attive si osservano specialmente nelle donne giovani pletoriche o dotate di una costituzione nervosa, che menano una vita oziosa, fanno uso di un nutrimento succulento, ed hanno abitualmente abbondanti mestruazioni. La predisposizione emorragica è ereditaria in certe famiglie. Dal rapporto di Blumenbach e di Bontius, la dimora in un clima caldo costituirebbe una predisposizione grandissima alle emorragie uterine: un calore artificiale troppo forte produrrebbe lo stesso effetto, a parere di Boerhave e Morgagni. Le metrorragie hanno spesso luogo in seguito di una violenta scossa morale, o dopo un vivo eccitamento uterino prodotto dal coito, dall'onanismo, o da desiderii non soddisfatti. I violenti esercizi, come il ballo, la corsa e la equitazione, la caduta su i reni e sulle natiche, l'amministrazione degli emmenagoghi e de' drastici, la cauterizzazione del collo, l'applicazione delle sangui-

sughe su queste parti, ec., sono cause attivissime di metrorragia. In fine, questa malattia si è veduta manifestarsi sotto la influenza di una speciale costituzione medica, il che è stato notato da Stoll nel 1778, ed i medici di Breslaw avevano già osservato nel 1699. Si è veduto precedentemente di quali malattie dell'utero le metrorragie sono più spesso sintomatiche. Qualche volta possono anche aver luogo sotto la influenza di uno stato generale più o meno grave della economia, come lo scorbuto, le febbri eruttive, specialmente il vaiolo, le febbri pestilenziali, e certe febbri biliose. Finalmente se il depauperamento del sangue produce spessissimo per risultato la diminuzione della quantità delle regole, o anche la sospensione esclusiva, qualche volta però abbiamo osservato il contrario; quindi abbiamo indicato la frequenza della metrorragia nelle ragazze clorotiche e questo accidente è talmente legato alla clorosi, che vedesi cessare tosto che si è aumentato il numero de' globetti nel sangue. Tra tutte le emorragie che abbiamo studiate sin ora, eccettuate forse l'epistassi, le metrorragie sono quelle che più spesso sono critiche.

Cura. — La prima indicazione è quella di allontanare le ammalate dalla influenza delle cause che hanno prodotto la metrorragia. Si consiglierà il riposo assoluto, una posizione orizzontale sopra un letto alquanto duro, il bacino collocato sopra un piano più elevato del resto del corpo: si vuoterà il retto mediante i clisteri a pena tiepidi ed anche freschi; si prescriverà l'uso della bevanda fredda, temperante, e si permetterà un poco di alimento soltanto. Questo metodo semplicissimo basta per guarire la maggior parte delle metrorragie essenziali. Resistendo però la malattia a questi mezzi, se malgrado la sua preesistenza, il polso conserverà la forza e l'ampiezza, bisognerà usare il salasso generale, o anche meglio, piccoli salassi derivativi di due o tre once da ripetersi una o due volte al giorno. Ne' casi in cui i dolori vivi verso i lombi, verso il sacro, l'ipogastrio e le cosce, indicano una congestione più forte o pure un sopracceitamento nella sensibilità uterina, bisogna applicare alcune coppe scarificate all'intorno del bacino. Nello stesso tempo bisognerà praticare un rivellente sur i punti più o meno lontani, quindi si prescriveranno i manilvi irritanti, si applicheranno i sinapismi all'avanbraccio, alle spalle; il petto sarà coperto di larghe ventose secche. Se nonostante questi mezzi, la perdita continua, si praticeranno i clisteri freddi, si potrà pure iniettare nella vagina un liquore stitico o soltanto freddo: in fine si prescriveranno i bagni freddi. Se la debolezza è estrema, bisognerà contentarsi di una semplice immersione nell'acqua, ed i malati ne saranno tosto levati dopo uno o due minuti, nel caso contrario il bagno potrà prolungarsi per un quarto d'ora.

o una mezz'ora. In fine, se la emorragia compromette la vita dello infermo bisognerebbe usare il tamponaggio.

Moltissimi medicamenti sono stati raccomandati contro la metrorragia che sono addivenute passive. Passerò sotto silenzio gli amari, gli astringenti, e specialmente lo estratto di ratania, del tannino, de' ferruginosi e degli acidi minerali, di cui abbiamo precedentemente parlato in occasione delle altre emorragie, e che convengono pure in questa; voglio fare parola soltanto dell'uso della polvere di cannella e della segala cornuta. Da Van-Swieten in poi, un gran numero di medici annodato a cielo la scorza di cannella e le preparazioni di cui essa forma la base, siccome quasi specifici nella cura delle metrorragie accompagnate da grande debolezza. Bisognerà scegliere in preferenza la polvere di cannella, che si amministrerà alla dose di 4 o 8 gramme nel corso del giorno, in tre o quattro volte. La sabina raccomandata da alcuni medici da 1 gramma ad 1 $\frac{1}{2}$, mi sembra pericolosa, per l'azione stimolante affatto speciale che esercita sull'utero, il che può aumentare e prolungare la metrorragia. In quanto alla segala cornuta, c'ispira poca confidenza, poichè è raramente veduto la emorragia provare qualche influenza per l'amministrazione di questo rimedio. Però i signori Troussseau e Maisonneuve hanno pubblicato, sono or circa dieci anni, una serie di osservazioni affatto favorevoli all'amministrazione di questo medicamento, che essi amministrano anche ne' casi di metrorragie sintomatiche del carcinoma uterino. Il Signor Troussseau vuole che la segala cornuta si prescriva a dosi rifratte e ad eguali intervalli, e che s'incominci a dosi alquanto avanzate, come 4 gramme nel corso delle ventiquattrore, quantità che possi aumentare ne' giorni seguenti. Questo ripedio potrà amministrarsi senza alcun pericolo per lo spazio di uno o due settenari. Certi sintomi predominanti possono richiedere anche un metodo speciale; così contro la metrorragia che assale le ragazze cloritiche, si useranno i preparati di ferro ed un regime sostanzioso. Se esistono segni d'imbarazzo gastrico, si darà, all'esempio di Stoll, di Finke e molti altri il vomitivo, senza temere che le scosse de' vomiti potessero aumentare la emorragia. In fine gli antispasmodici, e specialmente l'oppio, sono spesso utili, e saranno amministrati nelle donne irritabili le quali soffrono vivi dolori uterini, e delle quali tutto il sistema nervoso trovasi in uno stato di grande eccitamento. L'oppio può darsi per la bocca o per clisteri. Quest'ultimo mezzo merita la preferenza, specialmente quando si amministra per rimediare a' dolori di cui l'utero, i lombi e la regione del sacro ne sono la sede. L'oppio amministrato in queste condizioni produce non solo lo effetto sedativo, ma modera spesso la stessa emorragia.

*

Quando si è vinta la emorragia, bisognerà per qualche tempo insistere ancora su i rimedi; bisognerà allontanare tutte le cause che potrebbero favorire il ritorno della malattia: quindi la donna camminerà poco; dormirà sulla paglia o su i crini: nel corso del giorno conserverà per quanto è possibile la posizione orizzontale, non farà alcuno sforzo, il nutrimento sarà blando, eviterà le comozioni e tutti gli eccitamenti uterini. Se fosse anemica, i tonici ed i ferruginosi, ed un nutrimento analeptico saranno consigliati.

DELLE EMORRAGIE DELLE MEMBRANE SIEROSE

Le membrane sierose possono essere la sede di emorragie. Queste si producono quasi sempre senza rottura nè erosione delle parti, cioè nello stesso modo come l'abbiamo vedute nelle membrane mucose, il sangue è semplicemente esalato. Queste emorragie possono aver luogo in tutte le membrane sierose del corpo; l'aracnoide cerebrale però è quella che è la sede più frequente; vengono poi, per ordine di frequenza, la pleura, il peritoneo, la tunica vaginale del testicolo, il pericardio, e l'aracnoide rachidiana.

Un versamento più o meno considerabile di sangue in una cavità sierosa è la sola lesione che caratterizza anatomicamente la malattia. Questo sangue il più spesso è coagulato, se non in tutto almeno in parte. Dunque a torto si è detto che nelle emorragie delle sierose, il sangue era sempre liquido. Qualche volta si trova misto ad antiche o recenti false membrane; le quali hanno ora preceduto ed ora seguito la manifestazione della emorragia. La quantità del sangue sparso è qualche volta grandissima; quindi il Signor Chomel ha veduto in un caso il pericardio contenerne una grandissima quantità. Nel peritoneo, il versamento può essere anche più considerabile. Il sangue stravaso subisce poscia diverse modifiche prima di essere assorbito. Il più delle volte è isolato e chiuso in una borsa, siccome ciò osservasi per la maggior parte de' corpi estranei. Altre volte, esteso a guisa di strato sopra una maggiore o minore superficie, si trasforma in un tessuto fibroso; qualche volta si avvicina moltissimo; pel suo aspetto, alla struttura muscolare. Formato spesso da molti strati ben distinti, ordinariamente va soggetto, specialmente alla sua faccia libera, alla trasformazione cartilagginea o ossea: In fine, i versamenti sanguigni di cui parliamo, si organizzano qualche volta in false membrane, la cui tessitura è identicamente la stessa di quella delle sierose colle quali sono in contatto.

Le emorragie delle membrane sierose presentano segni oscuri, e nella maggior parte de' casi, non si conoscono se non che all'apertura de' cadaveri. I principali disturbi che stabiliscono sono quelli che risultano dalla compressione di un organo importante. Quindi se la emorragia avrà luogo nella pleura, avvi oppressione, un suono matto, debolezza o mancanza del rumore respiratorio, come nell'idrotorace. Se il pericardio è la sede di versamento, l'ammalato soffre l'ortopnea, il polso addiviene irregolare, i battiti del cuore sono oscuri, vi sono deliqui ed edema. Esistono ancora i segni di compressione per parte del cervello nella emorragia meningea, siccome verrà esposto fra poco con maggiori dettagli. In generale, il versamento del sangue nelle membrane sierose non risveglia alcun vivo dolore, almeno ciò osservasi comunemente per l'aracnoide, il pericardio, e forse anche la pleura; non però così avviene pel peritoneo; in fatti, Broussais parla nel tomo III delle sue *flemmasie croniche*, di tre ammalati i quali, morti rapidamente dopo aver provato dolori violenti, con senso di lacerazione non presentarono all'autopsia altri disordini per spiegare questi sintomi, se non che un versamento considerabile di sangue esalato nel peritoneo. Quando gli accidenti locali hanno una sì grande intensità, gli ammalati si rattrovano in una grande agitazione, la loro fisionomia si altera, il polso si fa debole, e possono perire dopo alcune ore soltanto. Si comprende pure che se la emorragia fosse gravissima, si osserverebbe quella serie di sintomi che accompagnano tutte le grandi perdite di sangue; ciò però à luogo soltanto nelle emorragie per rottura, quando per esempio, un aneurisma o un organo vascolare, come il polmone, la milza il fegato, si rompono in seguito di una violenza esterna e per lo sforzo espansivo di una emorragia interstiziale. Finalmente, in molti casi il raptus emorragico avendo luogo su molti punti contemporaneamente, si vede la emorragia della membrana sierosa coincidere con quella di qualche mucosa vicina; quindi Chomel à osservato che in quasi tutte le emorragie della pleura e del pericardio, aveva avuto luogo simultaneamente la emolisi. In somma, si conosce quanto sia difficile, nella maggior parte de' casi, la diagnosi delle emorragie delle membrane sierose. Sinora non esiste alcun segno certo per conoscere le esalazioni sanguigne che succedono nella pleura, nel pericardio e nel peritoneo. Potrebbero essere conosciute qualche volta, ma con i dati incompleti che la scienza possiede ora, non si saprebbe stabilire una diagnosi motivata.

Le emorragie delle membrane sierose sono malattie gravi il più delle volte.

Le cause sotto l'influenza delle quali il sangue è esalato alla superficie delle sierose sono oscurissime, o piuttosto sono assolutamente sconosciute.

In queste considerazioni sulle emorragie delle membrane sierose per esalazione, non è compreso le membrane sinoviali: però le credo egualmente suscettibili di addivenir la sede di una esalazione sanguigna. Nessuna sezione cadaverica ha messo fuori dubbio questo fatto; si son veduti individui però con diatesi emorragica soffrire tutto ad un tratto un dolore vivo in una o molte articolazioni contemporaneamente, accompagnata da tutti i segni di un versamento nella capsula. Dopo alcuni giorni, sono state osservate larghe ecchimosi attorno all'articolazione e le parti non hanno acquistato il loro stato normale, se non che dopo uno o due settenari. O' osservato io stesso uno di questi individui, nel quale la diatesi emorragica sembrava manifestarsi specialmente mediante i versamenti sanguigni articolari accompagnati da larghe ecchimosi alla superficie della pelle.

DELLE EMORRAGIE MENINGEE

Chiamasi *emorragia* o *apoplezia meningea* un versamento di sangue il quale si forma nella grande cavità dell'aracnoide, o nel tessuto cellulare sotto aracnoideo, o pure ne' ventricoli cerebrali.

Storia. — Questa malattia indicata da Bonnet (1) da Morgagni (2), da Wepfer (3), e da moltissimi altri medici degli ultimi secoli non è stata completamente descritta che da' medici moderni. Citerò specialmente in questo luogo i lavori originali de' signori Serres (4) Baillarger (5), E. Boudet (6) e Prus (7). Infine i signori Rilliet, Barthéz (8) e Legendre (9) hanno studiato la emorragia meningea nel periodo della infanzia.

Anatomia patologica. — Per molto tempo si è creduto che un versamento sanguigno poteva formarsi tra la dura madre e lo strato parietale dell'aracnoide; il Signor Baillarger però à il primo rigettato questa opinione, egli à dimostrato che la grande cavità dell'aracnoide era la sede più frequente delle emorragie meningee. Il versamento sanguigno può essere circoscritto, il più delle volte però è diffuso; si estende su i due emis-

(1) *Sepulchretum*, lib. 1, sect. 11, p. 83, t. 1.

(2) *Epist.* 43. § 27; *epist.* 14, § 3; *epist.* 52, § 35.

(3) *Histor. apop.* p. 463 obs. 49.

(4) *Annuaire des hôpitaux*

(5) *Thèse de Paris* année 1837.

(6) *Journal des conaiss. medico-chirur* année 1839.

(7) *Mémoires de l'Académie nationale de médecine* t. XI.

(8) *Traité des maladies de l'Enfance*, t. II.

(9) *Revue médicale*, années 1842, et 1843.

feri contemporaneamente, ed à sede ordinariamente sulla superficie convessa dello encefalo. La quantità del liquido stravasato varia da 40 gramme sino ad 1 chilogramma; il più delle volte oscilla tra 125 e 187 gramme (Boudet). Il sangue è fluido quando la morte è stata sollecita, mentre è riunito a grumi quando l'ammalato à potuto lottare per qualche tempo. Infatti se gl'individui sopravvivono alla emorragia quattro o cinque giorni, il sangue si trova infieramente concretato; ed il grumo è circoscritto da una falsa membrana della quale il mio amico Baillarger à perfettamente descritti i caratteri. Questa falsa membrana avvolgendo il grumo à dunque la disposizione di una sierosa, cioè presenta un sacco senza apertura, *quasi sempre aderente allo strato parietale dell'aracnoide*, e continuando sui limiti del focolare con questa sierosa: questa disposizione si distinta è quella la quale, prima di Baillarger, ne aveva imposto a tutti, ed aveva fatto credere la possibilità di un versamento tra la dura madre e l'aracnoide, versamento il quale mi pare à poco presso impossibile. Questa falsa membrana può, col tempo, acquistare più di 2 millimetri di spessezza; la sua faccia interna addiviene rugosa, un apparato vascolare vi si organizza (Boudet); per mezzo di esso à luogo lo assorbimento del grumo; qualche volta però, addivenendo la sede di un nuovo lavoro morboso, esala una sierosità ed anche il sangue. Ciò spiega il perchè nella stessa cisti aracnoidea si osservano qualche volta i grumi fibrinosi, neri, ed il sangue affatto fluido, evidentemente esalato da poco. Finalmente, ad un grado più avanzato, il sangue, il siero stesso sono assorbiti, ed allora altro non rimane che una falsa membrana di aspetto sieroso.

La emorragia aracnoidea è quasi sempre il prodotto di una esalazione morbosa, poichè in questi casi non si trova alcuna rottura vascolare, quantunque gravi autorità abbiano sostenuto una opinione contraria. Avvi ciò non pertanto una forma di malattia nella quale il versamento succede manifestamente dietro la lacerazione di una vena, di un seno (de' seni laterali specialmente) e più spesso ancora per la rottura di una delle arterie della base del cranio: questa è una emorragia secondaria o sintomatica; dietro le ricerche del Sig. Prus, essa avrebbe sede esclusiva nella cavità sotto aracnoidea. Qualunque sia la causa del versamento, specialmente quando à luogo nella cavità sotto aracnoidea, esercita sul cervello una compressione proporzionata alla quantità; in tutti i casi, le circunvoluzioni sono appianate, qualche volta si vede il cervello che presenta un incavo di 3 centimetri e più al livello del focolare sanguigno. Questa disposizione manca spesso ne' ragazzi; poichè, siccome lo à notato il Signor Legendre, quando la ossificazione del cranio non è ancora completa, il

cervello non è depresso, mentre la volta del cranio, cedendo allo sforzo del liquido, si dilata come nello idrocefalo.

Il Signor Prus in questi ultimi tempi à chiamato l'attenzione sulle emorragie della cavità sotto aracnoidea; esse non ànno mai luogo per esalazione, ma nella metà de' casi succedono alla rottura di una vena, di un'arteria, di un seno, o pure sono consecutive alla lacerazione della sostanza cerebrale per effetto di una emorragia interstiziale. Qui il grumo non è mai circondato da falsa membrana; il sangue misto al liquido cefalo-rachidiano lo colora a rosso, e si spande con esso alle parti lontane. Non si sono mai osservate differenze sensibili nello aspetto e la consistenza de' grumi per stabilire che ve ne siano esistiti nelle diverse età, mentre spesso si osserva il contrario nella emorragia aracnoidea. Aggiungiamo che nella prima il grumo non è mai aderente. Tutto ciò che abbiamo detto si applica in parte alle emorragie de' ventricoli. Abbenchè il sangue possa essere esalato alla loro superficie, siccome alcuni fatti sembrano provarlo, nella maggior parte de' casi però, il versamento ventricolare è prodotto dal plesso coroideo: qualche volta si è potuto osservare la rottura ne' vasi che formano questo reticello; il più delle volte ancora la emorragia de' ventricoli proviene da un focolaro cerebrale che si fa strada in queste cavità. Qualunque sia d'altronde il modo di formazione dei versamenti intraventricolari, il più delle volte si vede la emorragia occupare i ventricoli laterali: il setto essendo distrutto, queste due cavità si trovano riunite; il trigone istesso è spesso lacerato. In fine in alcuni casi si è veduto il sangue stravasarsi nel tessuto cellulare sotto aracnoideo della midolla e del cervello dall'orificio delle cavità encefaliche (foro di Magendie). Un fatto riportato da Abercrombie secondo Aitkin prova che una emorragia può anche aver luogo isolatamente nel terzo e nel quarto ventricolo. In questi versamenti, il grumo è spesso avvolto da una falsa membrana, come nella emorragia della cavità aracnoidea: le pareti ventricolari ora sono intatte, altra volta ammolite e disorganizzate; il sangue è fluido o aggrumito, può anche essere assorbito, qualche volta ne rimangono alcuni avanzi: il Signor Lélut à considerato siccome tali molte di queste false membrane frequenti ad osservarsi nella cavità aracnoidea. Più recentemente, il Signor Aubanel à cercato di rannodare tutti questi prodotti alla stessa origine; però questa dottrina, a parer mio, non emerge manifestamente da fatti riuniti da questo abile medico (*Annales medico-psychologiques*, 1843).

Passerò sotto silenzio la emorragia dell'aracnoide rachidiana, malattia eccessivamente rara, e per conseguenza ancora poco conosciuta, alla quale però si può applicare *a priori* quasi tutto ciò che è detto per la emorragia dell'aracnoide cerebrale.

Sintomi, corso. — Dalle osservazioni del Signor Boudet risulta che nella metà de' casi (18 volte su 41) esistono de' segni precursori, come cefalalgia, assopimento, gravedine, vertigine, ec. La invasione della malattia à quasi sempre luogo in modo improvviso (26 volte su 33); la maggiore o minor prontezza nella invasione sta in rapporto colla rapidità e l'abondanza della emorragia. Se la malattia sviluppa lentamente, avvi cefalalgia con peso di testa, tendenza allo assopimento ed al coma, o pure agitazione e delirio; i sensi addiungono ottusi; le membra sono deboli e contratte: questa debolezza può essere circoscritta ad una parte del corpo; poi il coma addiuviene profondo; la paralisi del senso e del moto è più generale: in fine la morte à luogo. Nel caso in cui la invasione è repentina, gli accidenti possono esser portati al suo massimo d'intensità. Checchè ne sia, i sintomi non ànno mai un corso progressivo: quindi in alcuni ammalati i fenomeni di compressione diminuiscono per alcune ore e si aggravano tosto; questa recrudescenza dipende per lo più dal perchè una novella esalazione sanguigna si è formata.

In riassunto si vede che nella emorragia meningea la quale occupa la grande cavità aracnoidea, almeno in quella che colpisce lo adulto o il vecchio, esiste frequentemente una paralisi più o meno estesa. Il Signor Prus à notato questo sintomo 6 volte sur 8. Questo fatto merita tanto più di essere verificato in quanto che un dotto medico, il Signor Serres, ne aveva altra volta negato la possibilità. Bisogna però convenire che nell'apoplessia meningea, la paralisi è un sintomo, se non meno frequente, almeno più tardo che nella emorragia cerebrale. Ciò appartiene senza dubbio alla poca spessezza che lo strato sanguigno à ne' primi momenti della malattia. Un versamento che comprende un solo emisfero può paralizzare i due lati del corpo; però la paralisi non si vede mai limitata ad un sol membro o pure ad una metà della faccia (Boudet).

La paralisi sarebbe un sintomo raro, secondo il Signor Prus, quando il sangue è stato esalato nella cavità sotto aracnoidea, il che egli spiega dicendo, che in questo caso il sangue si spande in lontananza misto al liquido cefalo-rachidiano; o pure può dirsi che la cavità sotto aracnoidea essendo destinata a ricevere il fluido cerebro spinale, è capace di ammettere una quantità gravissima di sangue senza che il senso ed il moto siano lesi. Si comprende bene che lo stesso non può aver luogo ne' casi in cui la emorragia consecutiva alla rottura di un vaso è addivenuta abbondantissima in un tratto. Però anche quando la paralisi non è un sintomo ordinario, poichè il Signor Prus non l' à osservato che 3 volte sur 12 casi di rottura arteriosa: la sonnolenza ed il coma esisterebbero poi costantemente.

te, e ciò in modo persistente; tanto nella emorragia aracnoidea, quanto in quella dello spazio sotto aracnoideo; solamente in quest'ultima, gli accidenti sarebbero preceduti o accompagnati, secondo il Signor Prus, da mal essere, da spossamento, da arrossimento e calore della faccia, mentre nella seconda esisterebbe quasi sempre la cefalalgia, una lingua arida, febbre, delirio, fenomeni tutti i quali si spiegano per la infiammazione concomitante dell'aracnoide, la quale à per effetto la produzione della falsa membrana che deve contenere il grumo.

Durata, esi'i. — La durata della malattia è variabile: può essere mortale dopo alcuni minuti soltanto; più spesso gli ammalati sopravvivono quattro o cinque giorni, raramente più, però alcuni individui muoiono dopo molti mesi soltanto; in fine in alcuni casi eccezionali, gli ammalati si ristabiliscono. In generale la gravezza de' sintomi ed il loro corso più o meno rapido sono proporzionati alla quantità del sangue stravasato ed alla sede che occupa. Secondo il Signor Prus, la durata della emorragia sotto aracnoidea non oltrepasserebbe mai otto giorni, mentre la emorragia che à sede nell'aracnoide può toccare un mese e più; d'altronde questa è curabile, mentre l'altra non lo è allatto.

Varietà. — La emorragia meningea sembra avere una fisionomia differente ne' ragazzi. A questa età la malattia può seguire un corso acuto o cronico. Nel primo caso si osserverebbe, secondo il Signor Legendre, un apparato febbrile continuo, accompagnato sin dallo sviluppo da accidenti convulsivi, leggieri verso gli occhi, a' quali succede lo strabismo. Manca la costipazione, ed i vomiti sono pochi; però compariscono tosto le contratture alle mani ed a' piedi, ed accessi convulsivi clonici, addivenendo tanto più violenti chè si avvicinano di più al termine fatale. Gli ammalati sono anche assopiti; la sensibilità cutanea è poco scossa negli ultimi tempi: e però in opposizione a quel che osservasi nello adulto, manca la paralisi. La malattia siegue un rapido corso; l'esito fatale però è provato dalla comparsa di una affezione intercorrente, e specialmente da una pneumonia. Altre volte la malattia passa allo stato cronico, ed allora i sintomi sono a poco presso quelli che descriveremo trattando dell'idrocefalo ventricolare.

Diagnosi. — La emorragia meningea è una malattia di difficile diagnosi. Quando si manifesta bruscamente, e siegue un corso sempre crescente, torna impossibile poterla distinguere da un versamento cerebrale o da una forte congestione. Cercheremo in prosieguo come poterla distinguere dallo ammolimento. Checchè ne sia, la esistenza della contrattura allo svilupparsi della malattia, il corso irregolare de' principali sintomi, come la diminuzione e l'aggravamento istantaneo del coma e della pa-

ralisi, in fine l'aumento graduato degli accidenti, sono le circostanze principali mediante le quali possi stabilire la diagnosi differenziale della malattia. In quanto a determinare la sede precisa del versamento, la cosa mi sembra difficile, e forse impossibile.

La emorragia meningea rachidiana, la quale è spesso preceduta da segni di congestion cerebrale è generalmente indicata da un violento dolore occipito-vertebrale; un rovesciamento della testa alla parte posteriore; dolore il quale si esacerba nei movimenti del collo, del dorso, de' lombi, e non si accompagna ad alcuno esaltamento nella sensibilità delle membra; questa rimane intatta, mentre esiste una paralisi più o meno completa nella motilità. Questa riunione di sintomi non bisognerebbe però averla come patognomonica; poichè non è stata peranco osservata un numero di volte tale per poterne fissare il valore.

Pronostico. — La emorragia meningea è una malattia gravissima. Bisogna anche considerarla siccome più pericolosa della stessa apoplessia cerebrale. Però può essere guarita, e ciò vien dimostrato dalle cisti sanguigne di antica data, che si rinvencono qualche volta nella grande cavità dell' aracnoide. Un tal fatto non essendo stato mai osservato, secondo il Signor Prus, nella cavità sotto aracnoidea, è cosa dubbia che il versamento il quale occupa questa sede possa terminare felicemente.

Etiologia. — La emorragia meningea, frequente ne' dementi, specialmente in quelli paralitici, colpisce l'uomo in tutte le età della vita. Non è rara nel neonato, e sembra essere una delle cause che producono ciò che chiamasi *asfissia de' neonati*. Risulta dalle ricerche del Signor Boudet che la emorragia meningea sia più frequente nello adulto, e specialmente nel vecchio, più nell'uomo che nella donna, nella primavera che nelle altre stagioni. La frequenza delle congestioni vi predispone; un ostacolo nel corso del sangue venoso, come quando i seni principali della dura madre o la vena giugulare interna sono ostruiti da grumi o compressi da tumori, spiega lo sviluppo delle emorragie meningee. Nella maggior parte de' casi però queste sovravvengono senza causa determinante manifesta.

Cura. — Il metodo di cura è perfettamente quello che esporremo parlando della emorragia cerebrale.

DE' SUDORI DI SANGUE O DELL' EMATIDROSI

Avvi nella scienza un certo numero di autentiche osservazioni le quali dimostrano che qualche volta il sangue è stato esalato per la pelle forse per le stesse vie del sudore. Raramente queste emorragie hanno luogo su tutta la superficie del corpo;

in fatti nella maggior parte de' casi sono soltanto parziali. Si osservano in preferenza su i punti in cui la pelle è bianca, sottile e spesso bagnata dal sudore; tali punti sono: il polpastrello delle dita, le ascelle, il polpaccio della gamba, il collo, i lati del naso, ec.; in fine alcune volte il sudor di sangue à luogo dalla superficie da un' antica cicatrice.

Sintomi, corso. — Questa emorragia si manifesta spesso senza prodromi; il sangue geme a gocciollette più o meno numerose e strette sopra un punto del corpo; asciugandolo, non si osserva il più delle volte alcuna modifica nello aspetto o nella tessitura della pelle; altre volte si osserva precedentemente sul punto in cui la emorragia deve aver luogo un' arrossimento, gonfiore e dolore, fenomeni i quali scompaiono dopo la emorragia. Questa in generale à una durata efimera, per esempio di poche ore, quasi sempre è poco considerabile, ed à meno che non sia generale, non è mai seguita da anemia.

Questa specie di emorragia va spesso soggetta alle recidive, sia che la esalazione del sangue abbia luogo nello stesso punto, sia che succeda sulle differenti parti del corpo. Questa malattia essendo frequentemente ligata all' amenorrea, ne siegue che si manifesta tutti i mesi in modo periodico; in questo caso sembra essere vicaria della mestruazione.

Diagnosi. — La diagnosi non presenta alcuna difficoltà. Torna inutile dire che certi topici, possono colorare di rosso il sudore; ma per poco che si presti attenzione, un errore di questo genere non è possibile.

Pronostico. — Il pronostico non è mai grave, a meno che la emorragia non occupi tutta la superficie del corpo, e non si leghi a qualche condizione grave della economia.

Etiologia. — I sudori sanguigni sono stati osservati per lo più nelle donne giovani, o nel periodo medio della vita, e coincidevano coll' amenorrea o colla insufficiente mestruazione. Nati qualche volta sotto la influenza di uno stato pletorico, i sudori di sangue, specialmente i generali, si manifestano spesso per effetto di una viva commozione nervosa, come dopo un accesso di collera ed un vivo spavento.

Cura. — Questa emorragia, essendo quasi sempre in poca quantità, non richiede alcuna cura locale. La principale indicazione consiste nel combattere la causa che ne à provocato la comparsa; quindi si farà cessare la pletora se esiste, o pure si richiamerà la emorragia soppressa; se la ematidrosi è vicaria, si amministreranno i sedativi, gli antispasmodici quando la malattia è lo effetto di una scossa morale. Quando nessuna indicazione positiva riesce contro lo stato sintomatico e la considerazione delle cause, non si praticherà niente. Alcuni medici consigliano allora di favorire la comparsa di una emorragia

meno insolita, come per esempio un flusso emorroidale. Io però non veggio alcun vantaggio in una simile condotta, poichè si correrebbe rischio di sostituire una emorragia benigna da una altra la quale sarebbe almeno incomoda. Se poi (cosa rara) i sudori sanguigni fossero in tale quantità da indebolire gli ammalati, si moderano colle applicazioni fredde e colla compressione.

DELLE EMORRAGIE INTERSTIZIALI O DELLE APOPLESSIE

Quando il sangue lungi di esalarsi alla superficie di una membrana, si spande violentemente nella spessezza de' tessuti, dicesi allora esservi *emorragia interstiziale o apoplessia*. Quest'ultima parola, adottata dagli antichi per caratterizzare il rapido sviluppo di una malattia che espone ad una morte immediata, fu poscia consacrata per indicare tutte le affezioni del cervello le quali si manifestano colla perdita improvvisa del senso e del moto in una o molte parti del corpo; altri la riserbavano per i casi soltanto in cui questi accidenti dipendevano da una emorragia nella sostanza cerebrale. Quindi sino a giorni nostri, la parola *apoplessia* non possedeva che un significato puramente *sintomatico*. Per lo contrario oggigiorno, quasi tutti i medici sembrano volerle dare soltanto un significato *anatomico*, consacrandola per esprimere tutti i versamenti sanguigni che succedono improvvisamente e spontaneamente nella spessezza de' nostri organi o de' nostri tessuti.

Non esiste organo della economia nel quale le emorragie di cui è parola non siano state osservate; però sono più comuni nel cervello e ne' polmoni; vengono in seguito la pelle ed il tessuto cellulare sotto-cutaneo, i muscoli della vita di rapporto, la placentia, il fegato, la milza, l'utero i reni, il cuore. D'altronde, qualunque possa essere l'organo, il sangue spandendosi ne' tessuti, allontana le loro fibre o le maglie che li costituiscono, ed il più delle volte le rompe violentemente. Il liquido stravasato in tal guisa forma un vero corpo estraneo, il quale può essere la causa di molte lesioni consecutive; nella maggior parte de' casi però è assorbito a poco a poco, e va soggetto a diverse trasformazioni organiche le quali verranno indicate in ciascun caso particolare. In fine il punto dell'organo in cui il versamento è luogo, e che è stato lacerato o almeno distratto, addiviene esso stesso la sede di un lavoro riparatore che puranche faremo conoscere.

DELLA EMORRAGIA O APOPLESSIA CEREBRALE

Sinonimia. — Apoplessia, emato-encefalia; *apoplexis*, *apoplessia*, *sideratio*, *attonitus morbus*, ec.

Chiamasi *emorragia o apoplessia cerebrale* un versamento più o meno considerabile di sangue nella sostanza del cervello, caratterizzato durante la vita dalla improvvisa sospensione, e più o meno completa della intelligenza, del senso e del moto in una o molte parti del corpo.

Storia. — La storia di questa malattia rimonta a' primi tempi della scienza: in fatti gli antichi medici avevano più o meno esattamente descritti i suoi sintomi ed il suo corso; ma privi de' lumi di anatomia patologica, ne ignoravano la natura e le cause; quindi la confusero con moltissime altre malattie de' centri nervosi. Noi abbiamo acquistato alcune conoscenze positive sulle emorragie de' centri nervosi soltanto dopo i lavori di F. Hoffmann, Wempfer, Valsalva e Morgagni, e specialmente quest'ultimo non solo à meglio precisato la sede de' fenomeni nelle sue 2.^a e 3.^a 4.^a e 5.^a lettera, ma fu il primo a dimostrare i rapporti che esistevano tra le lesioni cadaveriche ed i sintomi osservati durante la vita. Dopo questo celebre medico le emorragie cerebrali sono state l'oggetto di distinti lavori, tra i quali faremo parola di quelli de' signor Moulin (1) Riobè (2), Andral (3), Cruveilhier (4), Abercrombie (5), Gendrin (6), e la Monografia tanto giustamente stimata del dottor Rochoux.

Anatomia patologica. — La presenza di una quantità più o meno considerabile di sangue nella sostanza del cervello è il carattere anatomico della emorragia cerebrale. Questa non si osserva con eguale frequenza in tutte le parti dell'organo: quindi il Signor Rochoux e Andral ànno dimostrato da' calcoli statistici che i corpi striati ed i strati ottici erano la sede più ordinaria de' versamenti; vengono in seguito la porzione degli emisferi situata al di sopra del centro ovale di Vieussens, i lobi laterali del cervelletto ed i lobi anteriori del cervello. La malattia non sembra essere sensibilmente più frequente nello emisfero diritto che nel sinistro. Le parti bianche centrali, tutte quelle che contengono molta sostanza midollare e poca sostan-

(1) *Traité de l'apoplexie*, 1819

(2) *Thèse de Paris* année 1816.

(3) *Clini. médi.*, t. v.

(4) *Dictionnaire de médeci. et de chirur. prati.*, art. *Apoplexie*.

(5) *Maladies de l'encéphale*, traduit de l'Anglais.

(6) *Traité de médecine pratique*.

za grigia, sono quelle le quali vanno meno soggette a' versamenti sanguigni. Questi non sono rarissimi nella sostanza corticale delle circonvoluzioni.

Quando si apre il cranio di un individuo il quale è perito dietro una emorragia cerebrale, in generale nulla si rinviene di rimarcabile alla superficie del cervello: se poi lo spandimento è considerabile e vicino alla superficie, le circonvoluzioni saranno piane, e spesso premendo il cervello si potrà più o meno distintamente scorgere il fenomeno della fluttuazione. Quando dopo la sezione degli strati sani del cervello, i quali il più delle volte sono più o meno iperemati, si è pervenuto mettere allo scoperto il focolo sanguigno, si osservano de' disordini che variano secondo il tempo più o meno lungo scorso dallo sviluppo de' primi accidenti sino al momento della morte. Se questa à luogo ne' tre o quattro primi giorni della malattia, si trova il sangue sparso sotto forma di un grumo nerastro, molle, quasi fluente e misto a' frammenti di tessuto cerebrale ammolito; il suo peso varia; raramente è minore di 4 gramme; il più delle volte arriva a 16, 32, e 64 gramme; i casi in cui ne esiste da 185 a 218 non sono rarissimi; si è pur anche veduto il focolo, occupando un intero emisfero, contenere più di 250 gramme di sangue. Tra il sesto e l'ottavo giorno il grumo diminuisce di volume; esso è più resistente, di un nero meno carico; la sierosità che contiene è assorbita o pure infiltrata nel tessuto cerebrale. Verso il quindicesimo giorno il grumo à già una tessitura fibrinosa, ed alla fine di un mese è ritornato su di se stesso, rossastro, denso, giallastro, qualche volta scolorato; allora è immediatamente applicato sulle pareti del focolo, o pure nuota in una quantità più o meno considerabile di siero citrino o rossastro. In fine, dopo un tempo indeterminato e che varia secondo gl'individui, il grumo può scomparire affatto. La rapidità colla quale l'assorbimento à luogo è tanto più grande in quanto che la persona è più giovane ed il versamento meno considerabile. In alcuni casi si trova attorno a' grumi fibrinosi uno strato più o meno denso di sangue vero e fluido, come lo si osserva ne' tre o quattro primi giorni della malattia. Questa disposizione indica che una doppia emorragia à avuto luogo: la prima ad un'epoca già lontana è rappresentata da un grumo fibrinoso, mentre che la seconda caratterizzata da grumi nerastri, non à dovuto succedere che ad un momento molto vicino alla morte.

Alcuni cambiamenti non meno degni di attenzione àno luogo nel focolo apopletico. Quando questo è recente, le sue pareti sono lacerate, ineguali ed impregnate di sangue; esaminandole sotto l'acqua, si veggono ondeggiare de' lembi di

sostanza cerebrale poco aderenti. Queste pareti offrono in oltre un' aspetto vascolare, per la gran parte formato dall' estremo de' vasi lacerati; tale era lo stato di tutta la caverda recente. Il sangue non può spandersi nel cervello senza lacerarne le fibre, e tornerebbe frustraneo rifiutare qui la opinione di alcuni autori, i quali pretendono che certi focolari apopletici possono essere costituiti da un semplice allontanamento delle fibre dell'organo. La estensione del focolaro sta in rapporto col volume del grumo; la sua cavità generalmente sferica è più o meno anfrattuosa; più spesso isolata, può, come abbiamo detto, comunicare con i ventricoli o col tessuto cellulare sotto-aracnoideo. Le pareti che circoscrivono il focolaro sanguigno sono generalmente iniettate, rossastre ed ammolite ad una profondità di 2 a 7 millimetri. Al colorito rosso succede verso il terzo giorno un colorito di un giallo paglino, il quale aumenta sino al quindicesimo giorno; ciò forma una vera ecchimosi del cervello, la quale indica un incipiente assorbimento. La cavità però tosto addiviene meno irregolare, e le sue pareti perdono a poco a poco le loro ineguaglianze. Verso il ventesimo, ora prima, ora dopo, si può vedere una specie di membrana colenosa, rossastra e molle, molto vascolare, la quale finisce; dopo un tempo più o meno lungo, per rivestire i caratteri del tessuto sieroso, dal quale differisce però per la spessezza (essa può avere 2 millimetri) e densità; la si separa più o meno facilmente dal tessuto cerebrale. Questa saccoccia è bagnata da un siero citrino o rossastro che è esalato in gran parte, e che, ammolendosi o sciogliendosi il grumo, ne favorisce così lo assorbimento. La capacità della cisti diminuisce progressivamente; le sue pareti si ravvicinano a poco a poco; possono anche accollarsi, farsi aderenti tra loro, e formare una cicatrice lineare, al livello della quale il tessuto cerebrale è più consistente e conserva un colorito giallastro, grigio o di un bruno carico. Però una guarigione così perfetta è talmente rara, che Abercrombie non l' à mai osservata. Nella maggior parte de' casi le pareti della cisti sono ravvicinate, ma mai aderenti tra loro. Allora si veggono qualche volta de' filamenti cellulosi o fibrosi, che si trasportano da una parete all' altra, e formano una specie di tessuto a maglie più o meno strette, ed infiltrate da un liquido sieroso o gelatiniforme; più spesso ancora è una piccola cisti sierosa, o una specie di ventricolo supplementario, che dura per tutta la vita. In generale, la cicatrice del focolaro non produce alcun cambiamento nella configurazione del cervello; quando poi la perdita della sostanza è stata molto considerabile, esiste un impicciolimento dell'organo; questo finisce allora di riempire intieramente la volta del cranio, e lo spazio che lascia è ripieno dal siero infiltrato nel tessuto cellulare sotto aracnoideo.

In generale si trova un sol focolare; in alcuni casi però ne esistono molti; se ne sono contati sedici ed anche quaranta, secondo il Signor Lenormand (thèse de 1810). Però di rado tutti sono prodotti in una sola volta: quasi sempre; indicano il numero esatto degli attacchi i quali hanno avuto luogo, e dietro lo stato che presentano si può qualche volta determinare il loro grado di antichità relativa.

I focolari apopletici variano poco tra loro, qualunque possa essere la parte dello encefalo nella quale si osservano. Quindi nelle apoplessie del cervelletto, il grumo e la falsa membrana presentano le stesse disposizioni de' versamenti sanguigni i quali hanno sede negli emisferi cerebrali. I focolari del mesocefalo soli offrono alcune differenze: quindi sono quasi sempre poco considerabili, qualche volta il sangue è solamente infiltrato tra i strati nervosi che costituiscono il misolobo (Howship e Abercrombie). In fine, se il versamento è abbondante, può scavare a traverso uno de' pilastri cerebrali sin nello strato ottico (Rochoux), o pure il focolare comunica col quarto ventricolo (Olivier e Gendrin).

Nell' autopsia di quelli morti per emorragia cerebrale si rinvencono spesso le ossificazioni nelle arterie del cervello, e specialmente ne vasi che circondano la base dell' organo o in quelli che penetrano ne' corpi striati e nei strati ottici. Quest'alterazione, ed in mancanza di questa la struttura delle arterie encefaliche; la estrema tenuità delle loro pareti, quasi sempre prive di tunica cellulare; spiegano la frequenza delle emorragie interstiziali. È però raro poter dimostrare colla semplice ispezione anatomica ed anche colle iniezioni, la rottura del vaso; per noi non è stato mai possibile di poterne scovrire.

Non darò termine alla storia anatomica dell' apoplessia cerebrale senza dire una parola di una forma di malattia descritta prima dal Signor Cruveilhier sotto il nome di *apoplessia Capillare* (1), e poscia dal Signor Diday il quale preferisce di chiamarla *apoplessia per infiltramento* (2). Questa lesione ha sede esclusivamente nella sostanza grigia delle circunvoluzioni o delle parti centrali, si conosce da un colorito rosso nero, zigrinato della polpa cerebrale, colorito il quale sembra dipendere dalla interposizione negl' intervalli delle sue molecole, di una moltitudine di piccole gocce di sangue nero coagulato; le parti poi in mezzo alle quali ha luogo questo infiltramento partecipano, quantunque ad un grado minore, del colorito rosso per effetto della consecutiva imbibizione. La sostanza cerebrale, vista nel

(1) *Dictionnaire de médec. et de chirur. pratiques*, article Apoplexie.

(2) *Gaz. méd. de Paris*, année 1837, p. 241.

suo insieme offre ne' punti affetti una simiglianza perfetta colla fragola fresca disseminata da' suoi granelli (Diday). Avviene spesso vedere simultaneamente con questo infiltramento alcuni piccoli grumi disseminati quà e là i quali dimostrano che la prima lesione non è che un grado meno avanzato della seconda.

Sintomi.—La maggior parte delle apoplessie cerebrali si sviluppano bruscamente ; soltanto in un decimo degl' individui si osservano alcuni prodromi ; i più frequenti sono ; un peso alla testa , cefalalgia , vertigine , susurri , tendenza insolita al sonno , ottusione nella intelligenza o ne' sensi , formicolii , ec. I sintomi propri alla emorragia cerebrale differiscono secondo la sede e la quantità del versamento. Questo essendo considerabile ed occupando le parti centrali , gli ammalati cadono improvvisamente siccome colpiti da fulmine ; tosto perdono la conoscenza , il moto e spesso la sensibilità : la loro respirazione è rara o frequente , imbarazzata e stertorosa : spesso vi sono evacuazioni involontarie ; allora l'apoplessia è stata detta *fulminante*. Raramente però in questi casi la morte è istantanea ; la maggior parte vivono anche un giorno , o per lo meno tre o quattro ore , poi periscono senza alcuna diminuzione ne' sintomi. Il più delle volte però la emorragia cerebrale non si sviluppa con tanta intensità. Quantunque il versamento sia generalmente meno abbondante del caso precedente , pur tuttavia gli ammalati cadono , come per lo innanzi , privi di moto , di senso e d' intelligenza ; la loro respirazione è lenta ; il loro polso largo , il più delle volte offre una lentezza significativa : qualche altra volta però è più o meno accelerato. La maggior parte non offre alcuna risoluzione di tutte le membra , ma solamente una paralisi la quale occupa una sola parte del corpo ; spesso la sensibilità è solamente ottusa ; altra volta è affatto intatta. In fine la perdita della conoscenza non è che momentanea , cioè che dopo alcune ore o al più tardi dopo due tre giorni di uno stato comatoso , gl' individui riprendono in parte l' uso dei sensi e della loro intelligenza. Alcuni altri ammalati provano al momento dello insulto solamente una specie di stordimento o di vertigine che li fa cadere , se si trovano in piedi ; ma però conservano la pienezza della loro ragione , e quando si rialzano , si conosce la emiplegia , cioè la paralisi della metà del corpo. In alcuni casi , questa paralisi è incompleta , o pure è circoscritta ad uno delle membra superiori o inferiori , o pure avvi soltanto alcun poco di deviamiento della faccia ed un leggiero imbarazzo della parola. In fine alcuni individui i quali , essendo stati colpiti da emorragia cerebrale durante il sonno , non sono affatto svegliati ; essi continuano a dormire tranquillamente ed al loro svegliarsi , il quale à luogo come al solito , spesso quando fanno degli sforzi per uscire dal loro letto , si accorgono di essere paralizzati in una metà del loro corpo.

Quindi qualunque possa essere il grado del versamento, questo produce lo effetto costante di abolire, o almeno d'indebolire la motilità e quasi sempre la sensibilità di una parte del corpo. Questi sono, a propriamente parlare, i soli sintomi costanti. I disturbi della motilità consistono nella paralisi completa o incompleta de' muscoli di una metà del corpo; le membra non possono più muoversi; sollevandole e quindi abbandonandole al loro proprio peso cadono come corpo morto cade. In generale la paralisi è più completa nel membro superiore che nel membro inferiore, questo esigee qualche volta alcuni leggieri movimenti, mentre il braccio trovasi in una immobilità assoluta. La commessura labiale è spesso tirata dal lato sano per effetto dello indebolimento de' muscoli del lato opposto corrispondente alle membra paralizzate. Questo sintomo qualche volta è manifesto solo quando si osserva l'ammalato parlare, ridere o far le smorfie; d'altronde è irregolarissimo; può essere molto distinto nelle leggieri emorragie, e mancare affatto nelle gravi. Lo stesso dicasi della paralisi della lingua, la quale si avverte soltanto ora per mezzo di un imbarazzo nella parola, e più raramente per una deviazione dell'organo. In fatti questo essendo tirato fuori la bocca, si vede qualche volta la sua punta inclinarsi verso la parte del corpo corrispondente alla paralisi delle membra, fenomeno il quale può spiegarsi, supponendo col signor Lallemand, che il genio-glosso del lato della paralisi essendo esso stesso più o meno paralizzato, la lingua non è tirata fuori dalla bocca se non che per la contrazione del genio-glosso opposto: questo non avendo più antagonista, attiva fortemente dal suo lato la base della lingua, e questo movimento produce l'effetto necessario di deviare la punta del lato opposto. Checchè ne sia della spiega, la deviazione della lingua è un fenomeno, se non raro, almeno poco ordinario; la paralisi delle palpebre e de' muscoli motori del globo oculare è un fenomeno anche più raro; finalmente i muscoli della laringe sono anche meno affetti de' precedenti; la loro paralisi si distingue per un'afonia più o meno completa. La paralisi può colpire anche i muscoli della vita organica; quindi nelle forti apoplessie avvi disfagia; il più delle volte però la mancanza d'innervazione colpisce solamente il retto e la vescica, dal che ne risulta, sia una ritenzione di urina, o l'uscita involontaria di questo liquido e delle materie fecali.

Le lesioni della sensibilità sono circoscritte il più delle volte alle membra paralizzate; queste sono la sede di formicoli, di torpore, o pure la pelle è insensibile o meno sensibile del solito alle irritazioni o agli eccitamenti esterni. In alcuni casi rarissimi, si è veduta la paralisi del senso più estesa di quella del moto. Checchè ne sia, la perdita della sensibilità può es-

ser tale che quando la pelle di queste parti addiviene la sede di una malattia infiammatoria, come una risipola, gli ammalati possono non provare alcun dolore, anche quando si esercita una forte pressione. I sensi possono essere più o meno alterati: quindi alcuni ammalati perdono intieramente la vista; ciò però osservasi soltanto nelle emorragie gravissime: più frequentemente la cecità è circoscritta ad un sol occhio; ora colpisce l'occhio dello stesso lato in cui à luogo il versamento, ora quello del lato opposto, variazioni le quali si spiegano per la ragione che i nervi ottici sono ora incrociati ora semplicemente accollati. Si veggono molti apoplefici de' quali una delle narici cessa di percepire l'impressione degli odori: la mucosa di Schneider, e la mucosa oculare, possono anche essere private della loro sensibilità tattile; allora addivengono insensibili all'azione de' corpi esterni. Alcuni ammalati perdono l'udito; in fine alcuni anno una metà della lingua che non percepisce i sapori. Tali sono i sintomi immediatamente legati alla presenza di un versamento sanguigno nel cervello.

Per terminare il quadro della malattia, diremo che nella maggior parte degl' individui la respirazione è lenta e facile; il polso largo à una mediocre frequenza, a meno che non vi sia complicazione. Avvi costipazione più o meno ostinata; la faccia porta un impronto di stupidità; è spesso rossa, iniettata, voluttuosa; qualche volta poi è pallida.

I sintomi precedenti offrono, come si è veduto, un grado d'intensità variabile, secondo che la emorragia è debole, media o grave; frequentissimamente avvi un rapporto diretto tra la gravità de' sintomi e la estensione delle lesioni. Si è però anche preteso che esistevano segni speciali, secondo che la emorragia avea luogo nel cervello, nel cervelletto o nel mesocefalo. Questa opinione non ci sembra sin ora giustificata da fatti sufficientemente numerosi. Gli autori che àn preteso trovare alcuni segni diagnostici non ànno mai invocato che casi isolati, o pure si sono appoggiati su dati fisiologici insufficienti: ciò verrà dimostrato in prosieguo quando parleremo della diagnosi differenziale.

Corso, durata, esiti.— Non abbiamo nulla a dire di più in questo luogo de' casi rari in cui la emorragia cerebrale produce la morte quasi istantanea, o pure dopo una o alcune ore soltanto. Quando la malattia à un corso meno rapido, il suo esito può essere favorevole o funesto. Nel primo caso, si vede ora la malattia, pervenuta di botto al suo apogeo, non fare alcun progresso: altre volte invece, avvi per alcuni giorni un periodo di aumento. Quindi un tale ammalato il quale allo sviluppo non provava che una debolezza o gravità di una metà del corpo, finalmente è colpito da una paralisi completa, e que-

sta si stabilisce ora progressivamente, ora le parti che erano solamente indebolite cadono bruscamente nella risoluzione. Quando l'apoplessia è accompagnata dall'abolizione delle facoltà intellettuali, si vede come primo segno di miglìoria, che lo ammalato esce da quello stato comatoso nel quale era immerso, e comincia a mettersi in rapporto col mondo esterno. Quando la malattia deve avere un esito felice, è raro che la perdita della conoscenza duri più di tre o quattro giorni. Il polso ritorna allora al suo ritmo, e l'appetito rinasce. Quando la emorragia è stata molto abbondante, questi segni di miglìoria sono i soli i quali si osservano per una o molte settimane, e solamente alla fine di un tempo molto lungo si veggono diminuire i sintomi di paralisi; la sensibilità, se è stata abolita o diminuita, rinasce prima della motilità; la parola addivien più libera, la faccia è meno deviata; tosto le membra sono la sede di formicoli; il movimento rinasce dapprima nel membro inferiore, e più tardi nel superiore; il ritorno della sensibilità siegue lo stesso andamento. La miglìoria à luogo sempre molto lentamente. Se la paralisi è stata completa, raramente gl'individui si trovano guariti prima di cinque o sei mesi; d'altronde ciò avverasi solamente ne' giovani. Le membra ripigliano allora la loro motilità e la loro ordinaria sensibilità. Si citano alcuni casi di emiplegia, ne' quali il movimento si sarebbe ristabilito completamente, mentre avrebbero conservato in tutta la loro vita una paralisi del senso. Questi fatti però sono estremamente rari, ed il contrario si osserva più frequentemente. Dopo quarant'anni gl'individui rimangono più o meno infermi; essi non recuperano che incompletamente l'uso delle membra inferiori, cominciano barcollando, o con maggiore o minore difficoltà. Il membro superiore è anche più impotente: l'avan braccio rimane in una semi flessione, le dita sono fortemente piegate nella palma della mano, il membro si atrofizza, addivien edematoso, la sua temperatura diminuita, e prende un colorito violaceo, fenomeni i quali dipendono dalla languidezza della nutrizione: in fine le articolazioni mai sempre immobili finiscono colla anchilosi, e tra questi ammalati le facoltà intellettuali sono raramente così complete quanto prima dell'attacco. Nella maggior parte la memoria è debole; altri si ricordano le cose passate e dimenticano tosto gli avvenimenti presenti; alcuni perdono l'uso di tale o tale parte del discorso; come i sostantivi, gli aggettivi o i verbi; in fine alcuni rimbambiscono; piangono, ridono senza motivi, presentano i sintomi di una demenza senile, e periscono ad un novello insulto, ad un ammolimento consecutivo, e a qualche complicazione estranea al cervello. Il Signor Rochoux pensa che tra 100 individui i quali sopravvivono ad una emorragia, avviene per lo meno 60 che

presto o tardi hanno un ammolimento di quest'organo. Quando la emorragia a un esito funesto, molti individui periscono dal terzo all'ottavo giorno senza ricuperare la conoscenza; altri riprendono i loro sensi, però per un tempo brevissimo, e non tardano a ricadere in uno stato comatoso. La paralisi allora continua, addiviene più completa e si estende: gli occhi sono chiusi, le pupille immobili, la respirazione incomoda e stertorosa; in ciascun movimento di espirazione, le guance sono gonfie, e l'aria uscendo respinge il labbro superiore, come accade nell'azione del fumare. Il polso si fa celere, piccolo, irregolare; la faccia è pallida, le labbra acquistano una crosta fuliginosa, la deglutizione non più si esiegue a causa della paralisi della faringe e dello esofago, le urine e le materie fecali scappano via involontariamente, finalmente la morte à luogo.

Recidive.— La emorragia cerebrale è una delle malattie che vanno spesso soggette alle recidive: quasi tutti quelli che scamparono alla prima emorragia periscono ad un novello assalto. Queste recidive hanno luogo ad un'epoca più o meno vicina; quindi qualche volta una novella emorragia colpisce lo ammalato quando i principali sintomi del primo versamento appena incominciano a diminuire; in generale poi molti mesi trascorrono o anche molti anni tra ciascuna recidiva. Le emorragie che hanno luogo successivamente, il più delle volte si formano nello stesso emisfero, e frequentemente in vicinanza del primo focolare. Non è però cosa rara vedere il versamento aver luogo in un punto lontano ed anche nello emisfero opposto.

Complicazioni.— Il versamento sanguigno del cervello può originare molte complicità le quali modificano in un modo importante i sintomi della malattia principale. La complicità più frequente è l'ammolimento delle pareti del focolare sanguigno, Questa lesione il più delle volte à luogo nel primo settenario; essa è caratterizzata da cefalalgia viva o ottusa, ed in generale limitata ad un punto molto circoscritto. Si verifica pur anche la rigidità, i movimenti convulsivi e la contrattura nelle membra paralizzate, con o senza dolori vivi, fenomeni i quali alternano spesso con una risoluzione completa di queste istesse parti. Nello stesso tempo il polso si accelera, avvi un calor febbrile, gli ammalati cadono nel coma e muoiono. Pur tuttavia questa complicità è ben lungi dall'essere sempre mortale. In altri ammalati, un versamento sieroso si forma ne' ventricoli e nel tessuto sottocranideo, lesione la quale coincide generalmente con i segni di una compression cerebrale. Un' aracnoite può anche aver luogo; questa complicazione è una delle più rare. In fine un gran numero di affezioni estranee al cervello possono anche svilupparsi. Citerò in particolare la diarrea, la quale abbatte le forze; la pneumonia, il cui sviluppo si spiega per la debolezza

ed il decubito prolungato; in fine le escare al sacro ed a' trocánteri, la cui caduta è seguita da un' abboondante suppurazione la quale spossa gli ammalati.

Diagnosi. — Nella diagnosi della emorragia cerebrale bisogna, 1°. distinguere la malattia da tutte le malattie colle quali à qualche rapporto; 2°. determinare la sede; 3°. indicare le complicanze.

Tra le affezioni cerebrali non avvi che il solo ammollemento, la congestione e la emorragia meningea le quali potessero essere confuse coll'apoplessia. Diremo in appresso per quali segni questa verrà distinta dallo ammollemento primitivo. Io quanto alla congestione abbiám veduto che essa si accompagna frequentemente a tutti i sintomi delle emorragie: quindi non si giunge alla diagnosi differenziale se non che paragonando il corso degli accidenti nell'una e nell'altra. Così nella prima i sintomi gravi che sembrano minacciar la vita diminuiscono o cessano completamente alla fine di alcuni minuti o di alcune ore, o al più tardi dopo alcuni giorni, mentre che in tutti i casi di emorragia, abbiám veduto che il corso era infinitamente più lento e la guarigione mai completa. Se la emorragia meningea è di botto abboondante, produrrà de' sintomi di una brusca compressione, i quali non differiscono da quelli che determina il versamento del sangue intracerebrale; quindi la diagnosi differenziale in questo caso il più delle volte è quasi impossibile. Però il Signor Bondet è di parere che le due malattie si potranno distinguere l'una dall'altra, poichè il paragone di moltissime osservazioni à insegnato che il versamento del sangue nelle membrane del cervello stabiliva tosto la contrattura, mentre che nella emorragia cerebrale, questo sintomo si manifestava solamente dopo lo sviluppo dello ammollemento consecutivo intorno al focolo apoplectico, a meno che questo, dapprima intracerebrale, si fosse fatto strada consecutivamente o ne' ventricoli, o nella grande cavità dell'aracnoide. Se in vece di aver luogo bruscamente, la emorragia meningea si opera lentamente, la paralisi e gli altri sintomi di compressione seguiranno il loro corso, cioè che si svilupperanno progressivamente a poco a poco. Un punto interessantissimo à notarsi però è quello che in questi casi gli accidenti, e specialmente il coma e la paralisi, possono presentarsi delle intermittenze, cioè diminuire da un giorno all'altro per poi ripristinarsi, ed anche aggravarsi quando la emorragia si arresta per riprodursi più tardi. La considerazione di queste circostanze basterà per distinguere le due malattie che mettiamo in paragone: mentre è quasi impossibile determinare durante le vita se il sangue sia stravasato o totalmente infiltrato siccome lo abbiám trovato in quella forma di apoplessia che chiamammo *capillare*. Checchè ne

pensino alcuni autori, noi ammettiamo la esistenza delle apoplessie nervose, cioè delle apoplessie le quali presentano tutti i sintomi delle emorragie cerebrali senza lesioni distinte de' centri nervosi. Ho osservato col Signor Chomel un fatto di questo genere, che è pubblicato nel 1837 nella *Presse medicale* ed il Signor Lelut ne à citato molti altri nella *Gazette medicale* del 1835. Bisogna convenire che manca qualunque mezzo per poter evitare l'errore; ma i casi di cui io parlo sono talmente rari da non tenerne conto nella pratica, quando trattasi di stabilire la diagnosi della emorragia cerebrale. Alcune malattie estranee al cervello possono simulare una emorragia encefalica: queste sono in preferenza, l'ubriachezza, la sincope, l'asfissia e la rottura di un tumore aneurismatico. (Vedi queste malattie).

Una volta stabilita la esistenza di una emorragia, il medico cercherà di precisare la sede del versamento; si arriverà a ciò avendo riguardo alla sede istessa occupata dalla paralisi. Quindi immensi fatti anno provato che il versamento cerebrale aveva sede nello emisfero opposto al lato della paralisi, cioè che, per una emorragia dello emisfero diritto, avvi paralisi al lato sinistro. Quest' azione incrociata si spiega per lo intraincrociamento delle piramidi; in fatti si conosce che le fibre di diritta vanno nello emisfero sinistro del cervello, e viceversa. Questa spiega però la quale è buona per la paralisi delle membra, e difettosa per quella della faccia. In fatti, bisognerebbe, secondo questa teoria, che la faccia fosse paralizzata nello stesso lato del versamento, poichè i nervi di questa parte nascono *al disopra dell' intraincrociamento*. Checchè ne sia della spiegazione, il fatto non esiste meno. Ammettendo in legge lo stato crociato dell' alterazione cerebrale e della paralisi, bisogna però prevenire il lettore esistere nella scienza alcune osservazioni autentiche le quali provano che la paralisi può aver luogo nel lato istesso del versamento. Questi fatti però sono rarissimi e troppo eccezionali perchè non potessimo affermare, che in un caso dato di emiplegia, il versamento non abbia luogo nello emisfero del lato opposto. Non potrebbesi forse meglio localizzare la malattia? Si potrebbe per esempio stabilire che il versamento occupa il lobo medio o anteriore; il corpo striato o lo strato ottico, il corno di Ammon o le circumvoluzioni, ec., dietro la sede ed i limiti della paralisi? Io considero questa localizzazione siccome impossibile nello stato attuale della scienza. I fatti citati in loro favore sono troppo poco numerosi, e contraddetti da osservazioni molto più numerose, siccome si potrà esser convinto dalla statistica del Signor Andral, come pure dall' opuscolo del dottor Finck, pubblicato nel 1830 a Fribourg-Brigaw, e nel quale le pretese di localizzatori sono giudicate da una statistica fatta sopra una grande scala graduata. Non solo non si

può localizzare il versamento in tale o tale parte del cervello, ma non esiste alcun gruppo di sintomi, mediante i quali si potesse determinare con precisione se il versamento sia situato nel cervello, nel cervelletto o nella protuberanza. In fatti, l'amaurosi, il coma, la paralisi del senso con conservazione del moto, l'impulso invincibile a camminare o a girare in un senso, in fine lo eccitamento degli organi genitali nell'uomo, sono stati considerati siccome segni di una emorragia cerebellare. Ma lo ripeto, niente è ancora dimostrato a questo riguardo. D'altronde la emorragia del cervelletto quando à sede nel lobo mediano, produce la emiplegia o una paralisi generale, ed uccide rapidissimamente; forse per la compressione della midolla. Quando il versamento à sede in uno de'lobi laterali, in generale evvi emiplegia nel lato opposto del corpo: non è però raro osservare la paralisi diretta, il che si è spiegato per lo non incrociamiento dei cordoni posteriori della midolla i quali si sparpagliano nel cervelletto. Una paralisi generale ed improvvisa, preceduta qualche volta da movimenti convulsivi, la completa immobilità, i sintomi asfittici ed una rapida morte, debbono far *supporre* che la emorragia à sua sede nella protuberanza: io dico *supporre*, poichè gli stessi accidenti si osservano nelle apoplessie gravi del cervello e del cervelletto; altre volte la emorragia della protuberanza, esattamente circoscritta in una delle sue metà, à prodotto soltanto una emiplegia ordinaria; in altri si è osservato una contrattura delle membra, come nelle emorragie meningeae. Dal che concludiamo con i Signori Delaberge e Monneret, che de' sintomi isolatamente considerati nel loro insieme, non ne esiste alcuno il quale potesse far distinguere la emorragia del mesocefalo dalle altre specie di emorragie.

Pronostico.— La emorragia encefalica è una malattia sempre grave: uccide in fatti al primo assalto il terzo o il quarto di quelli che ne sono colpiti, e la maggior parte di coloro che scampavano una prima volta rimangono infermi, impotenti, sino a che una novella emorragia o un ammolimento conoscitivo li uccida. In generale, il pronostico addiuviene più grave a misura che le emorragie si ripetono. Quindi nonostante che si citino individui i quali anno sofferto quindici o sedici insulti ed anche più, bisogna però dire che questi casi sono infinitamente rari, e la maggior parte di coloro che sono colpiti tre o quattro volte non si ristabiliscono affatto. In oltre il pronostico varierà secondo la natura de'sintomi, le complicazioni, l'età e la costituzione degl' individui: quindi il coma profondo, la risoluzione delle membra, una respirazione interrotta, stertorosa, l'impossibilità della deglutizione, la decomposizione della fisiologia, lo acceleramento febrile del polso, sono sintomi del più tristo augurio. Quando la perdita della conoscenza si prolunga

al di là di tre o quattro giorni, è probabile che la malattia abbia un esito funesto. Lo acceleramento del polso, il calore della pelle sono pure segni tristi: in generale essi coincidono collo svolgimento della contrattura, e si ligano quasi sempre allo ammolimento delle pareti del focolaro. Tutte le cose eguali d'altronde, la gravezza della malattia aumenta col numero degli anni: quindi su trenta apopletici de' quali parla il signor Rochoux, e che avevano più di settant'anni, tutti perirono. Il piccol numero de' vecchi che sopravvivono al primo insulto rimangono infermi e rimbambiscono; nè le poche eccezioni basteranno per distruggere la regola generale che è stabilita. L'apoplessia cerebrale offre più pericolo ne' sanguigni, pletorici, in ragione della facilità maggiore che la malattia à per le recidive in essi.

Etiologia.— Le cause della emorragia sono numerose, quantunque questa malattia potesse colpire gl'individui pochi giorni dopo la nascita siccome Billard, i Signori Sestier, Vernois e Cazalis lo hanno veduto, si può dire però che essa è rara prima della età di trent'anni; addiviene poi comunissima tra cinquanta e sessanta, ma sembra avere il suo maximum di frequenza da sessanta a settant'anni (Rochoux). Le opinioni più contraddittorie sono state emesse sulla influenza del sesso; però si rileva dalle statistiche del Signor Falret che la emorragia cerebrale è quasi tre volte più frequente nell'uomo che nella donna. Quantunque la malattia colpisca gl'individui di qualunque costituzione, quantunque quelli di un temperamento gracile e nervoso addiveugano spesso apopletici, è però dimostrato che le persone pingui, grasse, pletoriche che hanno una testa grassa, un collo corto, la faccia molto iniettata, sono specialmente esposte alla emorragia; si è pur detto che coloro i quali presentano l'insieme de' caratteri che abbiamo indicati hanno una *costituzione apopletica*. Si è pur anche conosciuto, che molti dei nostri organi potevano qualche volta agire simpaticamente sul cervello; quindi è certo che il lavoro della digestione produce in molti individui uno stato di congestione verso il cervello che favorisce il prodotto de' versamenti sanguigni. Accade pur anche lo stesso per effetto di una congestione prolungata; però non mi pare sufficientemente provato, siccome si è eredito dopo il Signor Legallois, che la ipertrofia del ventricolo sinistro costituisca una predisposizione attiva allo sviluppo della emorragia cerebrale; lo ripeto, questo è un punto che non mi sembra ancora perfettamente stabilito, non ostante la lettura dell'importante lavoro che il signor Bricheteau à pubblicato nella sua *clinique de l'hôpital Necker*. Il signor Rochoux in molti scritti e specialmente negli *Archives* 1834, à molto combattuto questa dottrina, ed à prodotto contro di essa un numero di fatti importanti. In pari modo non avvi dimostrazione alcuna che il

compimento degli atti genitali sia ; come àn detto , una causa predisponente. Non però così avviene del sonno e specialmente del sonno troppo prolungato , poichè il Signor Gendrin à calcolato che in trecento settantasei casi di emorragie del cervello, ve ne erano novantasette la cui invasione avea avuto luogo durante il sonno , e tra questi ultimi l' insulto si è manifestato ottantaquattro volte durante il sonno notturno. La emorragia sembra essere spesso una malattia ereditaria. In quanto alla influenza che si vuole attribuire alla gravidanza essa è negativa , e ciò è stato dimostrato dal Signor Gendrin con numeri nella seduta dell' Accademia di medicina del 17 aprile 1836. Vi è molto a dire pur anche se i lavori intellettuali predispongano di molto alla malattia, mentre la influenza delle emozioni morali e specialmente delle passioni triste è molto meglio dimostrata. L'apoplessia sembra essere più frequente nel ioverno e nella primavera (Falret); le variazioni brusche della temperatura nella pressione atmosferica vi predispongono , e ciò spiega il perchè si è veduta regnare in qualche modo epidemica siccome lo ànno osservato Baglivi e Lancisi a Roma, e Malouin a Parigi. Un nutrimento sostanzioso , l' uso de' stimolanti ed alcoolici , le vestiimenta che stringendo il collo e facendo stagnare il sangue nella testa, sono le cause predisponenti esterne le meno dubbie. Quasi tutte le emorragie cerebrali ànno luogo spontaneamente ; non di rado però si manifestano dietro l' azione evidente di qualche causa determinante , come sarebbe l' ubriachezza, una violenta scossa morale , gli sforzi e specialmente quelli per andar del corpo quando le materie fecali sono dure e voluminose. In altri essa si è manifestata durante l'atto del coito. Una insolazione prolungata ; il passaggio istantaneo da una temperatura bassa ad un'altra elevata , e reciprocamente, un bagno troppo caldo o troppo freddo , la sospensione di una emorragia costituzionale , ec. ànno spesso prodotto lo stesso effetto.

Cura.— L'apoplessia cerebrale esclude la medicina aspettante. Le cura che si oppone a questa malattia à per iscopo di combattere gli accidenti d' iperemia e di compressione che esistono , poi favorire l' assorbimento del grumo e la cicatrizzazione del focolaro. Si obbedisce alla prima indicazione coll'uso del salasso generale , che sarà più o meno copioso, e che si replicherà una o più volte , secondo le forze dello individuo , secondo la età , la sua costituzione , secondo lo stato del polso ; nulla possiamo stabilire di preciso a questo riguardo. Comunque bisogna preferire il salasso al braccio, siccome il più facile ed il più atto a far ottenere con più facilità una sufficiente quantità di sangue ; ecco perchè non approviamo nè il salasso al piede nè quello delle giugulari, che alcuni ànno proposto, nè meno la incisione delle arterie temporali , a causa della com-

pressione che è giuoco forza esercitare sulla testa per alcuni giorni dopo. I salassi locali si associeranno con vantaggio ai salassi generali. I primi dovranno praticarsi in vicinanza della testa; quindi è che le sanguisughe si applicheranno lungo il collo o dietro le apofisi mastoidee: le sanguisughe potranno essere sostituite dalle coppe scarificate all'occipite ed alla nuca, regioni i cui vasi comunicano più o meno direttamente co' canali venosi dello interno del cranio. Per la stessa ragione, Lancisi, ed il Signor Craveilhier ultimamente, hanno raccomandato il salasso della pituitaria, sia mediante le scarificature, o meglio coll'applicare due sanguisughe nelle narici. Ne' casi in cui la congestione encefalica è fortissima, ostinatissima, o quando avvii eccitamento tale che gli accidenti infiammatori si sviluppino; forse si debbono preferire i processi mastoidei, coll'attenzione però di far scorrere il sangue continuamente per molte ore, o per una giornata intiera, applicandone successivamente un piccol numero a misura che si distaccano, e, quando lo scolo sanguigno si sospende. La maggior parte dei medici preferiscono (ma a torto secondo noi) di applicare le sanguisughe sopra un punto lontano dal cervello, come a' malleoli, e specialmente all'ano; dappoichè l'effetto derivativo che si propongono di ottenere è spesso negativo. In fatti non si ottiene alcun vantaggio con questa pratica, se non quando si vuol richiamare una emorragia costituzionale, la cui soppressione sembra avere occasionato lo sviluppo dell'apoplessia cerebrale. Per regola generale i salassi sono tanto più utili per quanto si praticano ad un'epoca più vicina allo sviluppo della malattia.

Quantunque sia dato rarissimamente di vedere le apoplessie cerebrali nelle quali l'uso di qualunque emissione sanguigna sia controindicata, esistono però de' casi rari di questo genere che conviene conoscerli bene, poichè un salasso intempestivo potrebbe avere le conseguenze più pericolose. Quindi in queste apoplessie fulminanti le quali si accompagnano ad una risoluzione generale, quando il polso è irregolare, piccolo e depressso, quando finalmente la pelle è fredda, bisogna, anzichè tirar sangue, eccitare, risvegliare la sensibilità, sostenere le forze sul punto di spegnersi, praticando sulla pelle le frizioni secche, aromatiche eccitanti, applicando i sinapismi ed i vescicanti, ed amministrando una bevanda aromatica e cordiale. Se si è tanto felici di richiamare con questi mezzi il calore e dare una certa resistenza al polso, allora bisognerà ricorrere a' salassi; però con prudenza ed al principio. Accadono alcuni casi in cui i caratteri del polso sono tali, che senza contro indicare l'uso del salasso, purtuttavia non spingono il medico a particolarlo. Che fare in questi casi? Pensiamo che in queste condizioni, bisognerà praticare un salasso esploratore, e dopo gli

effetti immediati che si otterranno, s'insisterà su questo mezzo, o pure si abbandonerà affatto.

Subito dopo il salasso, bisogna ricorrere all'uso de' rivellenti sulla pelle e sul tubo digestivo; quindi i cataplasmi sinapati volanti si applicheranno sulle estremità inferiori o pure queste saranno collocate nelle ventose, Junod, si amministreranno finalmente i lassativi per la bocca e per clisteri. Questi avranno il doppio vantaggio di produrre una derivazione, ed impedire le materie stercorali, che abbiamo indicate come capaci di esercitare una trista influenza sul cervello quando sono accumulate in gran quantità nello intestino retto. Alcuni medici preferiscono i drastici a' semplici lassativi; questa pratica però sembra aver prodotto alcune volte gravi inconvenienti; lo stesso si dica de' vomitivi, de' quali gli antichi medici anno spesso abusato nella cura delle emorragie cerebrali, ed il cui uso può avere delle triste conseguenze. In fatti si concepisce che gli sforzi i quali accompagnano i vomiti, aumentando la iperemia cerebrale, possono favorire il prodotto di un novello versamento. In certi casi però l'emetico ci sembra indicato, ed è quando l'apoplessia, sviluppandosi poco dopo il pranzo, lo stomaco si rattrova disteso per gli alimenti, condizione la quale, come abbiamo veduto, deve favorire la congestion cerebrale. È vero che anche in questi casi an detto che l'emetico poteva essere trascurato, e praticando un salasso copioso, si provocherà quasi sempre l'uscita delle materie contenute nello stomaco. Ma oltre a che questo effetto non à luogo necessariamente, è dimostrato che il vomito suscitato dalle perdite del sangue si accompagna ad uno stato di mal'essere maggiore, e spesso perchè abbia luogo vi à bisogno di maggiori sforzi: per tutti questi motivi, quando lo stomaco contiene gli alimenti, bisogna far precedere il salasso all'amministrazione di 10 a 15 centigramme di emetico. In fine, indipendentemente dalla circostanza di cui è parola, l'uso del vomitivo può essere indicato per una complicanza saburale. Torna superfluo dire che con i mezzi che abbiamo enumerati gli ammalati saranno sottoposti ad una severa dieta, all'uso di una bevanda acidola, temperante e lassativa. Si prescriverà il riposo assoluto; si allontaneranno tutte le cause eccitanti; la temperatura della stanza sarà fresca; la testa scoperta, o almeno leggermente coperta, sarà mantenuta alzata ed appoggiata sopra un cuscino di crini o di avena; in fine si eviterà ogni copertura che potesse comprimere il petto ed il collo. Supponendo che questi mezzi terapeutici producessero una rapida miglioria, non bisogna però allontanarsi, ne' primi sette o otto giorni, dal regime severo già prescritto, dappoichè à quest'epoca si sviluppano spesso le complicazioni cerebrali.

Quando i segni dello ammolimento infiammatorio è dimostrato, si ritornerà all' uso delle cavate di sangue ; si persisterà sui rivellenti intestinali e cutanei ; in questo caso anno consigliato i rivellenti energici, come i vescicanti o i cauteri sulle membra , ma specialmente un largo setone alla nuca , la cui utilità mi è sembrata molto meglio dimostrata. Sono state pur anche consigliate le frizioni mercuriali sulle tempie e sul cuoio capelluto , come pure l'amministrazione del calomelano internamente ed a dosi rifratte , per risvegliare la salivazione. Questo è un mezzo che non deve essere trascurato ne' casi gravi , senza però che la sua efficacia o anche la sua utilità sia ancora ben dimostrata.

Alcuni apopletici sono tormentati dalla veglia e si agitano e si lamentano mai sempre. Questi accidenti si calmano alcune volte con un bagno tiepido dato con molte precauzioni ; più sicuramente però si trionfa prescrivendo l' oppio alla dose di 2 a 5 centigramme. Mal fondatamente alcuni medici temono di amministrare questo medicamento nelle affezioni cerebrali ; la esperienza ci dimostra tutti i giorni quanto questi timori siano mal fondati.

Nella convalescenza si eviteranno tutte le cause che potrebbero favorire un novello insulto. Per la indicazione dietetica e le cure igieniche a prescriversi, leggasi ciò che abbiamo detto precedentemente parlando della congestione cerebrale. D' altronde i mezzi a doversi prescrivere variano di molto ; quindi in alcuni pletorici il regime debilitante dovrà essere continuato per qualche tempo , mentre ne' vecchi s' insisterà su i tonici e gli analeptici. In questi si potranno pure impiegare le acque minerali alcaline o solforose. Negl' individui pingui, pletorici, nei quali le congestioni encefaliche facilmente anno luogo, le acque minerali , la cui azione è sempre più o meno stimolante, producono spesso gli effetti più disastrosi , provocando le recidive.

Diversi mezzi sono generalmente impiegati per combattere le paralisi che durano indefinitamente dopo le emorragie cerebrali ; questi mezzi però sono inutili per la maggior parte , e molti tra essi pericolosi : quindi le frizioni secche , aromatiche, rubefacienti sulle membra paralizzate , l' applicazione de' vescicanti volanti , le docciature , mi son sembrati di una dubbia azione. Lo stesso dicasi della elettricità, del calvanismo, de' bagni a vapore , come anche dell' uso della noce vomica e della stricnina internamente o col metodo endermico. Questi ultimi agenti non solo sono di una dubbia utilità ma spesso pericolosi per lo eccitamento e le congestioni cerebrali che provocano.

DELLA EMORRAGIA DELLA MIDOLLA SPINALE
O EMATOMIELIA

L'emorragie della midolla spinale sono rarissime. Sin ora non se ne conoscono che sei o sette esempi de' quali uno è stato raccolto e pubblicato da me medesimo nel *Journal hebdomadaire* (année 1836)

Anatomia patologica.— Spesse volte esistono molti focolari sanguigni; essi occupano sempre il centro dell'organo, cioè la sostanza grigia. In alcuni casi, il sangue, avendo lacerato la sostanza midollare istessa, si è trovato stravasato sotto le meningi o nella cavità rachidiana. Il versamento sanguigno è ora circoscritto ad una metà laterale della midolla; il più delle volte occupa tutta la spessore dell'organo. La midolla è più o meno ammolita intorno al focolaro; questo siegue lo stesso corso e subisce le stesse trasformazioni delle caverne del cervello.

Sintomi.— Nella maggior parte de' casi, la emorragia spinale presenta uno sviluppo brusco, senza prodromi; altre volte, è preceduta da dolori vivi in un piccol punto della midolla, da formicolii e debolezza nelle membra. Il versamento sanguigno à per effetto di produrre istantaneamente la paralisi di tutte le parti situate al di sotto di esso: quindi quando la emorragia à sede nella region lombare, la paralisi si propaga sulle membrane della pelvi, sul retto e sulla vescica. Le membra toraciche sono in oltre paralizzate, quando la lesione colpisce la protuberanza cervicale allora i muscoli destinati a muovere le pareti toraciche cessano di contrarsi e la dilatazione del petto si esiegue soltanto per lo abbassamento del diaframma. In mezzo a questi disordini la intelligenza rimane libera. In fine la emorragia del bulbo rachideo produce generalmente una morte istantanea perchè, il nervo frenico essendo esso stesso paralizzato, ne risulta una sospensione della respirazione e della ematosi. Abbiain veduto che il versamento potea occupare una sola metà della midolla: in questo caso, la paralisi è circoscritta ad un sol membro, però è sempre diretta; per poco però che la malattia si prolunghi, la paralisi non tarda ad estendersi alle membra che ne erano state dapprima rispettate.

Corso, durata esiti.— La emorragia spinale à un corso in generale rapido. Un solo ammalato à vissuto quaranta giorni; la maggior parte periscono dopo alcuni giorni per la sospensione della respirazione; in altri la morte è accelerata o prodotta dallo sviluppo delle escare su i punti che sostengono il peso del corpo; ciò non pertanto la emorragia spinale non è un affezione necessariamente mortale; d'altronde ciò vien dimostrato da un esempio riportato dal sig. Cruveilhier nella sua grande o-

pera di anatomia patologica. Questo fatto è l'unico che si conosce nella scienza.

Diagnosi.— Vedremo in prosieguo come potrà distinguersi la emorragia spinale dall'ammollimento della midolla, sola malattia colla quale potrebbe essere confusa. La paraplegia, che osservasi raramente nella emorragia cerebrale, e la conservazione delle facoltà intellettuali faranno distinguere l'apoplessia della midolla da quelle del cervello. La diagnosi potrebbe presentare alcune difficoltà nel caso in cui la paralisi sarebbe limitata alla metà del corpo. Tuttavia, se si considera che la paralisi non affetta nè la faccia nè la lingua, e la intelligenza non è stata mai alterata, e la paralisi non è stata preceduta da fenomeni che indicano una congestione del cranio, allora si potrà dire che gli accidenti che si osservano dipendono da una lesione della midolla spinale.

Pronostico.— Il pronostico della malattia è come si scorre, estremamente grave.

Etiologia.— Le cause della emorragia della midolla sono sconosciute.

Cura.— La cura poggia sulle stesse basi di quella della emorragia cerebrale; si dovranno applicare specialmente molte ventose sul tragitto della colonna, per sgorgare direttamente i vasi della midolla. Bisognerà pur anche, mediante le cure igieniche adattate, cercare di prevenire le escare che si formano rapidissimamente sul sacro in conseguenza di tutte le malattie della midolla spinale.

DELL' APOPLESSIA POLMONALE

I polmoni possono addivenire spontaneamente la sede dei versamenti sanguigni che offrono una grande analogia con quelli del cervello. Latour à dato a questa malattia il nome di apoplessia, e questa espressione è giustificata non solo dalle lesioni anatomiche, ma ancora dal modo d'invasione della malattia la quale è spesso brusca, istantanea, come pure pel suo rapido andamento, circostanze tutte le quali debbono ravvicinarla all'apoplessia del cervello. I signori Andral e Gendrin preferiscono la parola di *pneumo-emorragia* per indicare la malattia di cui è parola.

Storia.— L'apoplessia polmonale era una malattia a poco presso sconosciuta prima di Laënnec: questo gran medico fu il primo il quale ne diede una descrizione esatta, alla quale i suoi successori hanno aggiunto poche cose. Sarebbe però cosa ingiusta se si tacessero i lavori de' sig. Bouillaud (1) Cruveil-

(1) *Archives de médecine*, année 1825.

lier (1) Rokitansti (2) come anche la tese distinta del signor Enrico Guéneau de Mussy (3).

Caratteri anatomici.— L' apoplessia polmonale è anatomicamente caratterizzata da un induramento più o meno circoscritto del polmone. Al livello di quest' alterazione il tessuto dell' organo infiltrato di sangue offre un colorito nerastro più o meno carico. La parte indurata a un aspetto omogeneo: della tessitura de' polmoni altro non si riconosce che i bronchi ed i grossi vasi, le cui tuniche sono esse stesse impregnate di sangue. La superficie delle incisioni è granulata come quella del polmone nella epatizzazione rossa, il che prova che il sangue non solo infiltra il tessuto cellulare, ma riempie e distende ancora le vescichette polmonali. Se s' incide collo scalpello la parte in tal guisa alterata, o se si preme tra le dita, si fa gemere un poco di sangue nero, in parte coagulato. Questo colorito del sangue non è una prova certa, come si è detto, che l' apoplessia polmonale sia formata a spese del sangue venoso, atteso che si sa oggi, dopo l' esperienze di Hunter, che il sangue arterioso esso stesso, dal momento in cui è privato del moto, non tarda ad acquistare le proprietà del sangue venoso. Abbiám parlato de' casi più comuni; ma spesso accade che lungi dal formarsi un nocciolo uniformemente indurato, si trova nel centro un piccolo incavo occupato da un grumo nerastro: il nocciolo, in questo caso, lungi dall' essere estremamente duro, è anzi molle ed anche più o meno fluttuante. L' alterazione di cui è parala occupa raramente in modo uniforme la totalità o la maggior parte di un lobo; ordinariamente è disseminata sotto forma di noccioli, il cui numero varia da 1 a 30, ad anno, gli uni il volume di una nocella o di una noce; gli altri quello di una mela appiuiola o di un uovo. In generale sono molto vicini alla superficie; occupano spessissimo il lobo inferiore; ed esistono in generale simultaneamente ne' due polmoni. Questi noccioli d' induramento, distinti pel loro colorito nerastro quando sono superficiali, e che si sentono quando sono profondi, premendo i polmoni tra le dita, sonó quasi sempre esattamente circoscritti. L' induramento che li caratterizza è tanto distinto alla periferia quanto al centro, ed il tessuto cellulare che li circonda è molle, crepitante; ed in generale senza alcuna alterazione della tessitura: però si trova qualche volta infiltrato da un siero più o meno sanguinolento. Aggiungiamo che se la morte à avuto luogo poco tempo dopo lo sviluppo degli accidenti, può accadere che la de-

(1) *Dictionnaire de medeci. et de chirurg. prati.*, article *Apoplezie*.

(2) *Silandbuch den pathologischen Anatomie*, t. 11, p. 72.

(3) *Thésés in Paris*, année, 1844.

eliminazione non abbia luogo bruscamente, ma sebbene insensibilmente, cioè che una parte del versamento fosse coagulato, mentre l'altra non lo era ancora: i signori Hope, Rokitsanski e Gueneau de Mussy hanno specialmente insistito su questa particolarità. In alcuni casi rari, il sangue non solamente è infiltrato e circoscritto a rompere alcune chiusure, ma il parenchima polmonale è esso stesso lacerato, distrutto in una maggiore o minore estensione; si è pur anche veduta la pleura rotta, e dar passaggio al sangue, il quale si spande nella cavità di questa sicrosa in una quantità più o meno considerabile. Fatti di simil genere sono stati osservati da Corvisart, Latour, dai signori Bayle, Bricheteau, Andral, Gendrin, Ferguson, Rokitsanski, Carswell, ec. Un caso molto più raro è quello in cui la pleura è sollevata, distaccata in una grande estensione senza rottura. Allan Burns, il sig. Gueneau de Mussy riportano ciascuno un esempio di questa disposizione rimarcabile. In fine le vene che circondano i noccioli indurati contengono spesso un sangue fortemente concretato e semi secco. (Laënnec, Bouillaud).

La lesione della quale è dati i caratteri dipende evidentemente dallo stravasamento del sangue nelle vescichette e nel tessuto cellulare inter vascolare. Le granulazioni che si osservano alla superficie delle incisioni altro non sono che vescichette la cui cavità è ripiena e distesa da un piccolo grumo. Nell'apoplessia polmonale sembra che il sangue non derivi da un vaso rotto; forse questo liquido è semplicemente esalato, e tutto porta a pensare che dipenda dalle vene polmonali. Dalla precedente descrizione si conosce che l'apoplessia del polmone differisce da quella del cervello, perchè in questa avvi una cavità più o meno spaziosa ripiena da un grumo; nella prima al contrario raramente questo incavo si produce: il sangue vi è piuttosto infiltrato anzichè sparso, il che spiegasi per la resistenza che il tessuto polmonale oppone, mentre la polpa cerebrale, molle e friabile, cede facilmente allo impulso del sangue.

Niente di preciso conosciamo delle modifiche successive alle quali va soggetto lo induramento apopletico de' polmoni, quando lo ingorgo termina colla risoluzione. Sembra però che la parte indurata passi successivamente dal rosso nero al bruno ed al rosso pallido; poi a misura che il colore impallidisce si vede ricomparire la tessitura propria dell'organo. Alcuni osservatori in spezieltà i signori Bouillaud e Robert Law hanno allora osservato una falsa membrana spessa, grigiastria, circoscrivere da per ogni dove a forma di cisti il focolaro apopletico. Questo caso però è eccessivamente raro. S'ignora il tempo che l'assorbimento impiega per far sparire i noccioli. Il sig. Carswell crede che alcune settimane siano sufficienti, mentre il dottor Graves pretende aver trovato gli avanzi di un induramento emorragico sette

anni dopo lo sviluppo della malattia (Guèneau de Mussy). Alcuni hanno preteso che i noccioli sanguigni potevano ammolliersi, suppurare, essere poscia evacuati e lasciare al loro posto un incavo che poteva cicatrizzarsi; ma sin ora in favore di questa opinione conosco un sol fatto osservato e figurato dal Sig. Carswell. Più di frequente s'incontrano i detritus gangrenosi attorno al focolaro sanguigno: alcuni però, e specialmente il Sig. Guèneau de Mussy hanno dimostrato che allora vi era realmente gangrena; hanno detto che il più delle volte era non una mortificazione di tessuti, ma solamente una putrefazione del sangue stravasato, che sarebbe prodotto dal contatto dell'aria; per conseguenza sarebbe questo soltanto un fenomeno puramente chimico ed assolutamente indipendente da qualunque azione vitale. Però non sapressimo partecipare di questa opinione, la quale d'altronde si trova in opposizione colle osservazioni pubblicate dal Sig. Genest. Alcuni hanno voluto riportare ad un'apoplessia guarita le cicatrici e le trasformazioni cartilaginee dello estremo superiore de' polmoni; altri hanno rannodato alla stessa origine le masse melaniche che si formano in questi organi; nessuna però di queste opinioni ci sembra fondata, il che si vedrà nel volume seguente.

Sintomi, corso, esiti.—I sintomi dell'apoplessia polmonale variano assai. In moltissimi casi, la malattia è effata lenta. Quindi spesso accade che negli individui morti per effetto di malattie estranee a' polmoni, si trovano in questi organi uno o molti noccioli apopletici, la cui formazione e la presenza non sono manifestate durante la vita da alcun fenomeno morboso. Per poco però che l'alterazione polmonale abbia una certa estensione, gli ammalati si lagnano di oppressione, di affogamento, di dispnea e molte volte di dolori più o meno vivi nel petto; essi tossiscono e sputano sangue. Laënnec ha indicato la emottisi siccome il sintomo più costante e più grave; egli la indica siccome ordinariamente abbondante, e che si manifesta ad intervalli con conati di tosse, oppressione ed ansietà; alcune volte il sangue sputato in tanta quantità, che sembra essere vomitato contemporaneamente per la bocca e per le narici. Queste gravi emorragie non hanno affatto luogo se non quando il polmone è disorganizzato in una grande estensione. In questi casi la malattia si sviluppa in generale bruscamente; gli ammalati vomitano flutti di sangue e periscono in pochi istanti in uno stato asfittico: dicesi allora che l'apoplessia è fulminante; questi fatti però sono felicemente molto rari. Dall'analisi delle nostre osservazioni risulta in oltre che la emottisi è un sintomo molto meno frequente di quello che Laënnec ha preteso: in fatti secondo noi, esiste soltanto nel quinto o sesto degl'individui, e non l'abbiamo veduta mai abbondante, anche quando l'alterazione aveva invaso tutto un lobo. I miei risultati sono con-

formi a quelli del sig. Louis, il quale avendo osservato frequentemente l'apoplessia polmonale durante l'epidemia della febbre gialla che regnò a Gibilterra nel 1828, non osservò non pertanto durante la vita alcun caso di emottisi. In tutti i miei ammalati, il sangue sputato dopo i conati di tosse più o meno prolungati era di un color nero qualche volta molto carico; mai lo abbiamo osservato rosso e rutilante, siccome ciò a luogo generalmente nelle emottisi essenziali e sintomatiche. La quantità di sangue rigettato nel corso delle 24 ore era soltanto da 10 a 100 gramme. In fine la emorragia continuava cogli stessi caratteri per molti giorni ed anche per più di una settimana, per cessare in seguito il più delle volte in modo definitivo.

La esplorazione del petto in generale presenterebbe risultati negativi; il Sig. Cruveilhier à pure riconosciuto questo fatto. Quando in effetti, (cosa ordinarissima) esistono solamente alcuni noccioli disseminati ne' due polmoni, e ad una profondità più o meno considerabile, la percussione, di qualunque maniera essa fosse, non saprebbe circoscrivere l'alterazione: l'ascoltazione è affatto impotente. Laënnec à però preteso che nello ingorgo emottico mancava il rumore respiratorio in una parte poco estesa del polmone, mentre che intorno di questo spazio siscorge un rantolo sibilante. È certo però che Laënnec à ragionato in questo luogo a *propri* e mica dietro i fatti; dappoichè non cade dubbio che quando i noccioli apoplelici anno, per esempio, il volume di una grossa noce, anche che si trovassero nella superficie de' polmoni, non potrebbero diagnosticarsi mediante l'ascoltazione, perchè le parti vicine, essendo permeabili al contatto dell'aria, impediscono che si potesse circoscrivere coll'orecchio l'alterazione polmonale. In questi casi però il più delle volte si distinguono diverse specie di rantoli, specialmente il sibilante, stridolo, ed anche più spesso un rantolo sotto crepitante più o meno numeroso, il che si liga piuttosto ad una lesione delle ultime ramificazioni de bronchi, anzichè alla presenza de' noccioli di apoplessia. Quando invece lo induramento polmonale occupa una certa superficie, cioè quando presenta una estensione di 6 o 9 centimetri almeno, la percussione presenterà un suono matto, e l'ascoltazione praticata nello stesso punto farà conoscere la mancanza di qualunque rumore: esiste però qualche volta alcun soffio durante la espirazione con broncofonia, e de' rantoli mucosi e sotto crepitanti disseminati in tutta la estensione occupata dal suono matto. Mentre che questi accidenti anno luogo, l'oppressione continua e si aumenta. In generale non avvi febbre. I sintomi generali, d'altronde, variano secondo la qualità del sangue espulso. Se questa è considerabile, si osservano tutti gli accidenti che accompagnano le gravi emorragie, la morte istessa può esserne il risultato, e questa à

luogo per sincope, ora per asfissia quando il sangue, irrompendo ne' bronchi ed ostruendoli intieramente, si oppone al passaggio dell'aria ne' polmoni. Quando la malattia à un esito felice, la quantità del sangue escreato diminuisce tutti i giorni, e poi sparisce dopo un tempo variabile. In alcuni casi, verso il sesto o ottavo giorno, gli sputi acquistano un colorito ruginoso, la febbre si accende, e si osservano tutti gli altri segni della pneumonia al primo o al secondo grado. Questa ora à sede al livello dello ingorgo apopletico, altre volte allo intorno. Volendo però giudicare da' fatti da me raccolti, la pneumonia mi sembra essere una conseguenza rarissima dell' apoplessia polmonale, più raramente ancora si osserva la pleurisia consecutiva. Questo accidente à luogo solamente quando il sangue si strava- sava nella pleura; ma siccome ciò à potuto aver luogo soltanto quando la superficie del polmone è lacerata, si veggono allora svilupparsi nello stesso tempo della pleurisia acuta tutti i segni di un idropneumotorace. Il sig. Gendrin sembra aver osservato un esempio di questo genere. Se il focolaro ammolito comunica largamente co' i bronchi, si sentirà un gorgogliamento, e si avranno tutti i segni delle caverne: ciò è stato osservato da' signori Rousset e Guéneau de Mussy. In fine, le parti addiventano cangrenose, si osserveranno tutti i segni che caratterizzano la mortificazione polmonale (vedi questa malattia).

Diagnosi. — La diagnosi dell' apoplessia polmonale è difficilissima, o piuttosto impossibile a stabilirsi, quando i noccioli essendo piccoli e disseminati, altri sintomi della malattia non si ànno che la oppressione, la tosse e lo sputo di sangue. Se indipendente poi dalla espettorazione di un sangue nerastro, prolungandosi per molti giorni, si osserva, in uno o molti punti circoscritti del petto, il suono matto ed il rantolo mucoso o sottocrepitante, sarà cosa ragionevole rannodare questi diversi fenomeni alla esistenza de' noccioli apopletici. Secondo Billard, l' oppressione, la soffocazione, lo stangolamento con un suono matto più o meno esteso, e l' uscita delle mucosità sanguinolenti, sono sintomi i quali, quando esistono ne' neonati, dovrebbero far sospettare in essi la esistenza della stessa alterazione. Finalmente si suppone che il sangue abbia lacerato largamente il polmone, e che esistesse versamento nella pleura quando, nel corso di una emottisi, si vede comparire bruscamente, in un lato del torace, un suono matto più o meno esteso, con mancanza di rumore respiratorio, e quando si osservano nello stesso tempo tutti i sintomi che accompagnano le emorragie gravi, e che il più delle volte non potrebbero essere spiegate per la piccola quantità del sangue rigettato dagli ammalati. Può anche succedere che, indipendentemente da' segni di versamento, che esistono alla base del petto, si osserva in oltre alla parte

superiore di questa cavità un suono timpanitico, con indebolimento del mormorio vescicolare: questo fenomeno può dipendere da uno stravasamento di aria nella pleura consecutivamente alla lacerazione del polmone. Da tutto ciò che abbiamo detto, chiaro apparisce che l'apoplessia polmonale non saprebbe mai essere confusa con una pneumonia, nè con i tubercoli polmonali, nè con i versamenti pleuritici.

Pronostico. — L'apoplessia polmonale è una malattia sempre grave; si è veduto che poteva produrre la morte quasi istantanea. La gravità del pronostico sarà in rapporto coll'abbondanza della emorragia. La rottura della pleura con versamento sanguigno in questa sierosa è uno degli accidenti più gravi: la morte è quasi sempre luogo in pochi istanti: un dei malati è sopravvissuto a questi disordini per molti giorni; si cita un solo esempio di guarigione, ed esso è stato riportato dal Signor Gendrin, ma forse la diagnosi non era assolutamente certa.

Etiologia. — La pletora, la impressione del freddo, la soppressione delle emorragie costituzionali, sono considerate come cause ordinarie delle apoplessie polmonali; il più spesso però, questa malattia è sintomatica di un ostacolo nel corso del sangue, ostacolo che risiede quasi sempre nel cuore. Quindi è che tutti i casi di apoplessia polmonale da me osservati, al numero di venti, sono stati veduti in individui che soffrivano diverse malattie organiche del cuore, specialmente un restringimento degli orifici dell'e cavità sinistre. Si è supposto che la ipertrofia del ventricolo diritto fosse una causa attivissima di apoplessia polmonale, in ragione della violenza colla quale il sangue era spinto dal lato de' polmoni. Però a torto; poichè su 27 casi d'ipertrofia con dilatazione del ventricolo diritto de' quali il Signor Louis ha raccolto la istoria, non ebbe mai luogo apoplessia polmonale, quantunque in sei esisteva una ipertrofia con dilatazione dell'arteria polmonale e delle sue divisioni principali, cioè il sangue era stato spinto con una certa violenza. Quindi l'apoplessia sintomatica di una malattia del cuore non è prodotta attivamente in conseguenza dello impulso insolito del sangue, ma essa è luogo passivamente, e quando un ostacolo esistendo per parte degli orifici sinistri, specialmente alla valvola mitrale, il sangue ristagna nell'organo, e consecutivamente ne' polmoni. L'apoplessia polmonale è anche una lesione comunissima in certe malattie generali caratterizzate da una grande tendenza alle emorragie; ciò è luogo per esempio frequentemente nella porpora e nella febbre gialla.

Cura. — L'apoplessia polmonale sarà curata co' mezzi che si usano ordinariamente nelle emottisi gravi. S'insisterà specialmente sur i salassi generali e su i rivellenti, come i purganti e-

nergici, le ventose secche e sinapate, mezzi tutti a' quali si associeranno i diuretici, e specialmente il nitrato di potassa, come pure i vomitivi, o almeno la ipecacuana amministrata col metodo di Graves. Nè neonati è anche indicato il salasso; lo si pratica applicando una o due sanguisughe in ciascuna ascella, dove i plessi venosi che vi si trovano comunicano largamente con i vasi della cavità toracica. Il fanciullo non sarà stretto tra le fasce, perchè ponendo ostacolo alla dilatazione del torace, potrebbe aumentare la congestion polmonale. Nello adulto, l'amministrazione del tartaro stibiato a dose generosa, molte volte intentata, non à prodotto alcun risultato vantaggioso che potesse indurci a praticarlo. Quando la emorragia si prolunga, sono stati amministrati qualche volta con vantaggio gli spruzzi di acqua fredda, mezzo perturbatore, il cui uso non può essere giustificato se non che pel pericolo nel quale i malati si ritrovano, e dal perchè mezzi più razionali non àn prodotto alcun effetto. (Vedi, come compimento la cura della emottisi).

DI ALCUNE ALTRE SPECIE DI APOPLESSIA

Ho descritto con alcuni dettagli le due specie di apoplessie le quali sono le più comuni e che àno sintomi speciali. Mi resta ora a far conoscere alcune altre emorragie interstiziali, le quali, quantunque meno importanti sotto il rapporto sintomatico, meritano però di essere conosciute, poichè molte tra esse possono essere la causa di gravi accidenti.

Apoplessie de' visceri addominali. — Passerò sotto siletizio l'apoplessia della milza e dell'epate, alterazione che sembra essere stata qualche volta osservata in alcuni individui morti in seguito di accessi di febbri perniciose, o porpora. Il dottor Kinwisch dice ancora aver incontrato frequentemente l'apoplessia del fegato ne' neonati; in due casi anche si è potuto considerarla siccome la causa della morte. Sin oggi però non si conosce affatto il corso che questi versamenti sieguono, e la loro diagnosi è assolutamente impossibile. Ciò si applica egualmente alle collezioni sanguigne le quali in alcuni casi rari si son vedute formarsi spontaneamente nel pancreas, ne' reni, nelle ovaie e sin anche nell'utero, organo il quale, secondo il signor Cruveilhier, sarebbe frequentemente la sede di raccolte sanguigne nelle donne avanzate in età. Questa opinione però la quale si oppone a tutte le nostre idee teoriche, non essendo appoggiata da alcun risultato numerico, ed il signor Cruveilhier il quale sembra non averla emessa se non che dietro le sue rimembranze, conviene attendere novelle ricerche.

Apoplessia della placenta. — La placenta è uno degli organi ne' quali le apoplessie si formano con più facilità. Quest'al-

terazione è stata ben studiata in questi ultimi anni dal signor Cruveilhier, come pure da' signori Gendrin e Jaquemier. Il numero de' focolari sanguigni che si rinvencono nella placenta può essere considerabile; raramente ne esistono uno o due soltanto. Il loro volume varia da quello di un granello di miglio sino a quello di un uovo di piccione; se ne sono veduti anche di più considerabili (Wrisberg). In generale rotondi, sono tanto più ravvicinati alla faccia uterina per quanto si allontanano dal momento del concepimento. Il sangue stravasato passa successivamente dal nero al bruno, al rossastro, al giallo; in fine si scolora. In generale altera ed ipertrofizza la porzion corrispondente della placenta; se i versamenti sono multipli, quest'organo intiero può atrofarsi. Finalmente alcune volte il grumo subisce diverse trasformazioni, e prende differenti aspetti. Quiudi, secondo il signor Jacquemier, bisognerebbe riportare al sangue materno stravasato nella placenta e diversamente trasformato tutti i tumori di aspetto cartilagineo, tubercoloso, encefaloide e sin anche le concrezioni ossee e cretacee. Questa opinione è forse troppo esclusiva; nulladimeno è esatta in moltissimi casi. La diagnosi delle apoplessie placentarie è impossibile. Torna superfluo far osservare che questa è un'alterazione grave che addiuvne la causa di moltissimi aborti; altre volte il feto arriva al suo termine, ma nasce debole, caduco demagrato a causa dell'atrofia parziale che la placenta à subito.

Apoplessie muscolari.— De' versamenti sanguigni considerabili possono spontaneamente formarsi nella maggior parte dei muscoli della vita di rapporto. Quindi il signor Cruveilhier à veduto la guaina de' due muscoli retti dell'addome essere distesa da grumi sanguigni che avevano lacerato, distrutto le fibre muscolari, alterazione che si era accompagnata durante la vita a dolori sì vivi che avevano fatto supporre la esistenza di una peritonite. Queste apoplessie muscolari si osservano specialmente nello scorbuto e negli assorbimenti purulenti.

Apoplessie del cuore.— Nella categoria di queste apoplessie, bisogna collocare i versamenti sanguigni che il signor Cruveilhier à osservati molte volte nel cuore. Egli non li à veduti formarsi che nella spessezza del ventricolo sinistro ipertrofiato: ei considera questa lesione, la quale d'altronde è rarissima, siccome capace di essere seguita dalla rottura del cuore o come origine di un aneurisma falso consecutivo. I fatti però non àno sin ora giustificato questa supposizione. La diagnosi di questa malattia è impossibile.

DELLA PORPORA

Si dà il nome di *porpora* ad una malattia caratterizzata dalla eruzione spontanea alla superficie del corpo, da petecchie ed ecchimosi, spesso accompagnate da interne emorragie.

Sinonimia.— Porpora; *morbis maculosus hemorrhagicus* di Werlhof; malattia di Werlhof, scorbuto di terra.

Storia.— In vano si è risalito sino ad Ippocrate per trovare le prime nozioni sulla porpora. Questa malattia non è stata descritta prima di L. Riverio, il quale l'ha solamente distinta dalle petecchie. Lo stesso Werlhof non dedicò a questa malattia che alcune pagini insufficienti per meritargli l'onore di aver dato il suo nome alla malattia. Le ricerche di Graaf (1), pubblicate nel 1775, furono molto più complete; esse sono state ampliate dopo quelle di Behrens (2), da Willan e da Batman (3) dai signori Brachet (4), Fourneaux (5) e Rayer (6).

Divisioni.—Willan à stabilito per la porpora, le seguenti specie: 1°. *porpora simplex*; 2. *urticans*; 3. *senilis*; 4. *hemorrhagica*; 5. *contagiosa*. Quest'ultima, della quale non abbiamo ad occuparci, altra cosa non è se non che la eruzione petecchiale della peste, del tifo e delle altre malattie gravi. Il signor Rayer à distinto due forme di porpora, la porpora *febrile*, e la porpora *apirettica*. Il signor Cazenave à fatto due varietà, secondo che si accompagna o pur no ad emorragie di qualche mucosa.

1°. *Purpura simplex.*— Questa forma conosciuta nell'adolescenza e nella gioventù solamente, nasce il più delle volte senza causa manifesta. D'ordinario si sviluppa senza prodromi, qualche volta dopo uno o due giorni di mal'essere, di debolezza e di anoressia. È caratterizzata da petecchie, cioè da piccole macchie di un rosso vivo allo sviluppo, specialmente nei fanciulli, violacee nere ne' deboli, più o meno rotonde, simili per la forma alla morsicatura della pulce, e non spariscono ne diminuiscono quando si premono col dito. Con queste macchie esistono ordinariamente larghe ecchimosi: queste occupano de' punti distinti, o pure sono frammischiate da petecchie; il loro colorito è a poco presso lo stesso per tutte, almeno allo sviluppo: se poi molte eruzioni successive anno luogo dopo

(1) *Dissertatio de petecchiis sine febre*, Goettingue, 1775

(2) *Diss epist. de morbo maculoso, heromragico*.

(3) *Maladies de la peau*

(4) *Revue medicale* de 1822

(5) *Thèse de Paris*, année 1826.

(6) *Maladies de la peau*.

pochi giorni di distanza, si osserveranno dalle diverse tinte varianti dal rosso bruno al giallo chiaro, secondo il grado di risoluzione. Queste macchie sono numerose specialmente alle gambe, punti che occupano qualche volta anche esclusivamente; si osservano spesso pur anche sulle membra ed alla faccia; in quest'ultimo caso le congiuntive e le palpebre presentano qualche volta le ecchimosi. Queste si mostrano in preferenza sul dorso, a' piedi, alle mani ed alla faccia interna delle membra. In oltre avvi qualche volta delle macchie prominenti e dure nel centro, in ragione della formazione in questo punto di una leggiera apoplessia nella pelle. Qualche volta il sangue s'infiltra o si spande nel tessuto cellulare e ne' muscoli; allora ne risulta la tumefazione, la durezza, la difficoltà ne' movimenti, siccome si osserva in certe forme di scorbutto che studieremo. Le petecchie e le ecchimosi non si accompagnano ad alcuna sensazione morbosa per parte della pelle; esse si formano ordinariamente all'insaputa degli ammalati, i quali non se ne accorgono che a caso. Dopo essere rimaste stazionare per alcuni giorni, le petecchie acquistano una tinta livida, poi giallastra; l'assorbimento succede dalla periferia al centro, e dopo dodici a quattordici giorni, non rimane alcuna traccia della malattia. Quando però questa si crede terminata, spesso una novella emorragia, simile alla prima si manifesta. In ragione di queste eruzioni successive, si vede la porpora perdurare in alcuni individui per molte settimane, molti mesi, ed anche molti anni, siccome Bielt riporta un esempio.

La forma detta *purpura urticans* deve essere ravvicinata alla precedente; però differisce dallo aspetto della eruzione, la quale comincia dapprima con piccole macchie rossastre, lenticolari e protuberanti, che sono la sede di un cuociore a poco presso simile a quello che produce l'orticaria. Alla fine di due o tre giorni queste macchie si cancellano, ed il loro colorito passa dal color di rosa al rosso carico o livido; in fine si risolvono come quelle della *purpura simplex*; in generale però ne compariscono delle altre. Questa forma di porpora, nella quale le petecchie sono alquanto più larghe che nella *purpura simplex*, à una durata media di un mese.

Le due forme precedenti della porpora, sono in generale apirettiche; qualche volta però sono accompagnate da un apparato febbrile generalmente poco inteso, con nausea e brividi, i quali precedono di tre o sei giorni le emorragie cutanee (*purpura febrilis simplex*). Queste possono essere anche precedute da macchie esantematiche analoghe a quelle dell'orticaria, e dopo uno, due o tre giorni compariscono in mezzo a questa eruzione le petecchie che caratterizzano la porpora.

La porpora chiamata *senilis* da Batman non merita affatto una descrizione speciale. In fatti non consiste se non che in una eruzione petecchiale del colorito rosso seccia di vino che occupa le estremità ne' vecchi indeboliti, e scompare comunemente dopo dieci o dodici giorni, senza essere accompagnata da alcun disturbo notabile nelle principali funzioni.

Queste tre prime forme della porpora sono benigne e non possono essere confuse con alcun' altra affezione cutanea. Differiscono dalle morsicature delle pulci in quanto che queste hanno un punto centrale più carico, ecchimosato, circondato da un areola rosea che la sola pressione del dito fa sparire.

2.^o *Purpura hemorrhagica*.—Questa forma è pur caratterizzata da petecchie e da ecchimosi simili a quelle della *purpura simplex*. Queste macchie emorragiche compariscono il più delle volte solamente dopo che i malati hanno provato tre o sei giorni; brividi, curvatura, cefalalgia, febbre, e spesso nausea e vomiti. Tosto però si manifesta una disposizione emorragica la quale non esisteva nelle forme precedenti; quindi è che delle vescichette sanguigne e de' trombi si sviluppano sul cuoio capelluto; il sangue è qualche volta esalato dalla stessa pelle, specialmente dietro le orecchie; larghe ecchimosi si producono da pertutto ove i tegumenti sono un poco compressi o distratti; le superficie suppuranti e le soluzioni di continuo, anche le più piccole della pelle o delle mucose, gemono sangue. In fine, ciò che caratterizza con spezialità la malattia, sono le emorragie gravi de' visceri e delle membrane mucose che accompagnano quelle della pelle. Quindi ne' fanciulli predominano le epistassi; negli adulti le emottisi e le emorragie gastro-intestinali, mentre nella donna sono le metrorragie; l'ematurie sono più rare: però avviene qualche volta che i reni sono la sede di una congestione, poichè in alcuni casi di porpora senza ematuria si sono rinvenute le urine albuminose. Molte delle emorragie che abbiamo enumerate possono esistere simultaneamente o alternare con esse. Quando lo sforzo emorragico si porta verso gli organi digestivi, il sangue può essere esalato da tutte le parti contenute nella bocca e dalle pareti di questa cavità, che allora prendono un colorito nerastro, mentre le gengive addiventano spugnose e gementi sangue. In generale, i gravi accidenti che abbiamo enumerati si accompagnano ad agitazione, febbre intensa, delirio, dolori verso gli organi per dove la emorragia deve aver luogo; la lingua si fa arida, fuliginosa; la fisionomia si altera; le forze si prostrano, e gli ammalati periscono tra la fine del primo e del secondo settenario con i sintomi tifoidei. Altre volte non esiste affatto febbre; ma gli ammalati muoiono spossati per effetto delle ripetute emorragie. In fine altri periscono dopo qualche giorno per la violenza degli

accidenti o per qualche complicazione. Però la *purpura hemorragica* non offre sempre una simile gravezza. In fatti alcuni ammalati guariscono, ma in generale si ristabiliscono lentamente e conservano per molto tempo debolezza e mal'essere.

Anatomia patologica.—Le ricerche cadaveriche praticate su coloro che perirono in seguito di questa malattia, hanno provato che tra le petecchie le une sono superficiali, sotto epidermiche; le altre più profonde occupano le areole del derma; altre in fine hanno sede nel tessuto cellulare sotto cutaneo. Il sangue stravasato si porta via il più delle volte colle lavande, e non resiste mai alla macerazione. Delle petecchie e delle ecchimosi simili a quelle della pelle si rattrovano sulla maggior parte delle mucose, specialmente sulla mucosa digestiva, dalla bocca sino al retto; se ne osservano pur anche sul mesentero, sul pericardio, la pleura, le membrane del cervello, nel diploe e la membrana midollare delle ossa lunghe e sulla superficie de' polmoni. Questi presentano in oltre frequentissimamente i noccioli apopletici; analoghi versamenti esistono spesso anche nel fegato, nella milza e fin anche nel corpo dell'utero e molti altri visceri. Il sangue che contengono i vasi è per lo più pallido e sieroso, senza grumo. Quello che si estrae durante la vita è sembrato ad alcuni autori alterato, i quali lo hanno trovato meno coagulabile; il grumo loro è sembrato meno denso; in fine han creduto che contenesse meno materia colorante. Altri invece hanno sostenuto, dietro le analisi chimiche che hanno praticate, che il sangue degli ammalati affetti da porpora non differiva in nulla da quello di un individuo sano. Da ciò risulta che la quistione rimane ancora indecisa.

Diagnosi.—La diagnosi non presenta alcuna difficoltà; in fatti, la *purpura simplex* non sarà mai confusa colle ecchimosi traumatiche. Se poi la porpora è apirética, e circoscritta ad una sola parte del corpo, come alle membra inferiori, per esempio, bisognerà esaminare attentamente lo stato de' vasi arteriosi e venosi di queste parti, perchè si son vedute ecchimosi e petecchie simili a quelle della porpora essere prodotte da qualunque ostacolo meccanico al corso del sangue: quindi è che ne' casi di oblitterazione della vena iliaca per effetto delle concrezioni sanguigne, si osservano spesso le macchie emorragiche sul membro inferiore corrispondente. Le ecchimosi cutanee e la disposizione emorragica generale potrebbero far confondere la porpora colla febbre gialla, colle malattie pestilenziali e certi vaioli gravi; però nella maggior parte di queste malattie le emorragie non sono che un accidente, mentre che nella porpora formano l'essenza istessa della malattia, e la costituiscono. In fine hanno cercato di distinguere la porpora dallo scerbutico; però siam di avviso che questi formano de' gradi e delle varietà di una stessa affezione, del che si potrà esser convinto colla lettura dell'articolo seguente.

Pronostico.—Le porpore semplice, senile ed urticante, sono quasi sempre benigne. La presenza delle ecchimosi indica sempre una disposizione più pericolosa della economia che quando esistono solamente le petecchie. La porpora emorragica, poi, è una malattia grave, anche quando non è accompagnata da febbre. D'altronde per questa malattia come per tutte le altre non si sarà mai abbastanza cauti pel pronostico, poichè gravi accidenti si manifestano troppo spesso in modo impreveduto e quando la malattia sembra essere benignissima. La età poco avanzata degl'individui, la estrema frequenza del polso, la quantità delle emorragie, una febbre violenta, la esistenza de' sintomi tifoidei, sono le circostanze che debbono ispirare il più tristo pronostico. Finalmente la manifestazione delle petecchie e delle ecchimosi nel corso di una malattia grave, specialmente in quelli colpiti da febbri eruttive, da tifo, ec., costituisce sempre un segno pericoloso, poichè indica una lesione profonda dell'organismo.

Etiologia.—La porpora si manifesta quasi sempre sotto la influenza delle cause debilitanti; colpisce specialmente i fanciulli e le donne, quelli di costituzione molle, i deboli per effetto di antecedente malattia, per cattivo nutrimento, per le veglie, i dispiaceri, e specialmente per la dimora in luoghi bassi ed umidi; si è però veduto qualche volta la malattia manifestarsi nelle opposte condizioni. Generalmente sporadica, la porpora à regnato alcune volte in modo epidemico o endemico, come si osserva in alcune prigioni mal situate o negli ospedali degli orfani.

Cura.—La porpora semplice guarisce in generale senza rimedi; conviene però di amministrare agli ammalati alcuni acidi minerali; i tonici, i ferruginosi, gli amari quando gl'individui saranno debilitati o di una costituzione caduca. Se avvi febbre, il polso è ampio, duro, e le congestioni sanguigne minacciano alcuni visceri, è indicato il salasso; questo però sarà usato colla maggior riserbatezza, e se gli ammalati hanno già sofferto qualche emorragia, consigliano di astenersene affatto e sostituirlo invece da' purganti. Si praticheranno per le diverse emorragie i mezzi locali indicati per tutte le emorragie passive. In quanto alla cura locale delle petecchie, il più delle volte non si pratica niente affatto. Se poi l'individuo è debole, converrà di combinare a' tonici amministrati internamente l'uso delle frizioni secche, aromatiche, o le lavande stimolanti, coll'alcool (acquavita, vino aromatico, vino rosato). Se qualche versamento alquanto considerabile avesse lungo, si applicheranno le compresse di acqua di Goulard, e si eserciterà una leggiera pressione.

Classificazione, natura.—I patologi inglesi hanno classificato la porpora tra gli *esantemi*. La mancanza della febbre però

in molti casi, ed i caratteri della eruzione, la quale negli essentemi è formata dallo iniettamento e dalla infiammazione della pelle, e nella porpora da una emorragia interstiziale, bastano per distinguere questi due ordini di malattie: quindi Biett collocava la porpora nel numero delle malattie indeterminate; ma in un trattato di patologia, non potrebbe collocarsi in altro luogo se non che nelle emorragie che riconoscono per punto di partenza un'alterazione del sangue, al lato dello scorbutico. In quanto alla natura della malattia, ripetiamo che, sebbene sin ora le esperienze chimiche e microscopiche ci abbiano fallito, si può però forse credere che l'alterazione del sangue che costituisce essenzialmente la porpora risiede in una diminuzione de' globetti e della fibrina, alterazione la quale, se non è ancora dimostrata, deve almeno considerarsi siccome probabile quando si à riguardo alle cause che ordinariamente determinano la malattia, ed alla facilità colla quale il sangue scappa da' vasi per infiltrarsi, spandersi in tutti i tessuti, o per esalarsi alla superficie di un gran numero di essi. La porpora dunque deve riguardarsi come una malattia generale. Questa spiega mi pare più razionale di quella che consiste ad ammettere un'atonìa o un sopraeccitamento de' vasi capillari o pure una ostruzione viscerale, specialmente nella milza e nel fegato, malattia la cui autopsia non presenta alcuna traccia. Però le analisi del sangue degli scorbutici, che riporteremo in appresso, non ci permettono di stabilire che l'alterazione che supponghiamo sia reale, almeno in tutti i casi.

DELLO SCORBUTO

La parola scorbutico deriva dal danese o dall'Olandese, e significa *laceramento*, *ulcera* della bocca. Serve ad indicare, da circa quattro secoli, una malattia caratterizzata dallo indebolimento generale, dalle diverse emorragie, dalle ecchimosi livide sulla pelle, dalla tumefazione fungosa ed il gemito di sangue dalle gengive.

Storia. — È cosa dubbia che Ippocrate abbia conosciuto lo scorbutico. Questa malattia non è stata convenevolmente descritta che all'epoca delle crociate e dopo la scoperta dell'America. Allora si fece tosto rappresentare all'alfezione scorbutica un incarico esagerato, poichè si credette per lungo tempo che lo scorbutico poteva vestire la forma di tutte le malattie acute e croniche, nonostante la mancanza di tutti questi caratteri. E cosa sorprendente che Sennert, Willis, Lower, Hoffmann Boerhaave, abbiano adottato e propagato un errore così grossolano, che fu accreditato da un medico più che mediocre, da Eугalenus, autore d'un libro cattivo, sullo scorbutico, ma che non

per tanto à goduto di una grande riputazione. Nessun paragone può essere stabilito tra quest' opera e quella della quale Lind dotò la scienza verso la metà del secolo XVIII.^o Quest' ultimo libro non solo è una eccellente monografia, ma senza opposizione alcuna è una delle più distinte opere della nostra letteratura, ed uno di quelli la cui lettura è la più seducente.

Divisioni.—Lo scorbuto è una malattia della quale se ne sono oltremodo moltiplicate le specie; è dimostrato però che queste distinzioni sono inutili. Lind à pur anche dimostrato che la divisione dello scorbuto in scorbuto di terra e di mare non aveva alcun vantaggio, poichè le cause, i sintomi e la cura erano gli stessi ne' due casi.

Alterazioni patologiche.—In coloro che muoiono per scorbuto, si trovano spesso infiammazioni in diversi visceri; ma queste flemmasie non appartengono per così dire alla malattia; sono lesioni semplicemente secondarie, sviluppate ad un' epoca vicina alla morte. Il sangue per lo contrario è costantemente alterato; esso è nero, fluido o a grumi: forma de' versamenti, o pure è infiltrato nella maggior parte degli organi della economia. Quindi bagna la maggior parte delle superficie delle mucose, sierose e sinoviali; ingorga il fegato e la milza, così questi due organi sono più voluminosi, ed il loro tessuto è ammolito e fluente. Questo sangue alterato bagna ancora il tessuto spungioso delle ossa ed il periosto. In quelli individui della età di nove anni, si trovano qualche volta le apofisi scollate da una emorragia interstiziale (Lind); le cartilagini sono separate dalle coste, e si osserva pur anche il canale di antiche fratture rompersi ed essere sciolto dal sangue; in fine il liquido sparso nella spessezza de' muscoli vi forma de' noccioli duri più o meno considerabili. Il sangue alterato nel cadavere, lo è forse egualmente nel vivo? Il Signor Andral lo aveva stabilito dietro un fatto unico. Questo dotto professore, avendo avuto l' occasione di analizzare il sangue di uno scorbutico, aveva trovato che la quantità della fibrina era diminuita di 2 (cifra fisiologica) a 1, 6; mentre i globetti avevano subito una eguale diminuzione, poichè la loro cifra, la quale normalmente arriva a 127, non si elevava al di là di 119. Questo fatto era considerato come quello che indica esattamente lo stato del sangue, quantunque ciò fosse in contradizione colle esperienze di Parmentier e di Deyeux, i quali avevano trovato ne' scorbutici il sangue identico a quello di coloro che sono stati colpiti da una infiammazione; era pur anche contraddetto dalle ricerche del chimico inglese Busk il quale, anzichè trovare la fibrina diminuita nello scorbuto, l' aveva veduta in maggior quantità. Questi risultati sono forse la espressione di ciò che osservasi comunemente o pur sarebbero eccezionali? Le osservazioni praticate nel 1847

da' signori Andral (1), Fauvel, Becquerel e Rodier (2) rendono la prima supposizione più probabile. In fatti questi medici avendo analizzato il sangue di sei scorbutici, non solamente non hanno verificato una diminuzione della fibrina, ma questa parte costituente il sangue, aumentata sensibilmente in quattro di questi individui, era rimasta ne' due altri ne' limiti dello stato fisiologico. L'elemento globoso poi, era considerabilmente diminuito, ed il siero offriva una minore densità. È stato pur anche stabilito da' moderni sperimentatori, contro le assertive emesse da alcuni antichi, che il sangue degli scorbutici non era più carico di parte alcalina, e nè meno più acido. Le analisi fatte da' signori Rodier e Becquerel, tenderebbero in oltre a far credere che l'albumina esistesse in minor proporzione nel siero.

Sintomi.—Lind à osservato che coloro i quali sono per essere colpiti dallo scorbutto si fanno pallidi ed infingardi; tosto si stancono al menomo esercizio. Dopo molti giorni o molte settimane gli ammalati accusano il prurito alle gengive, le quali si gonfiano, addiventano fungose, azzurrognole e tramandano un odor fetido che disgusta. La stessa pelle non tarda a ricoprirsi su diverse parti del corpo di macchie nere o gialle, le quali altro non sono se non che ecchimosi. Sul tragitto de' muscoli si scòlpiscono alcuni tumori duri e fluttuanti, dipendenti da un versamento sanguigno il quale può invadere l'intero muscolo. Quest'alterazione è spesso accompagnata da vivi dolori; questi sembrano aver sede nelle stesse ossa, e coincidono spesso collo infiltramento sanguigno del loro tessuto. In fine àno sede altre volte nelle articolazioni, le quali si gonfiano. Nello stesso tempo emorragie più o meno gravi possono aver luogo dalla maggior parte delle membrane mucose o dalle recenti o antiche ulcerazioni spontanee di vecchie cicatrici de' tegumenti. Questi si esulcerano al livello de' tumori sanguigni. Queste ulcerazioni sono più o meno vaste, sono livide, fungose, e lasciano gemere un sangue nero. A quest'epoca la debolezza è estrema, gli ammalati sono oppressi; essi accusano dolori vivi nel torace; il loro polso è piccolo e frequente, qualche volta lento, soffrono lipotimie, sincopi; per poco che si muovono; gli scarichi fetidi aumentano la debolezza; l'urina è scarsa, e tosto si fa ammoniacale; le facoltà intellettuali ordinariamente sono intatte. Ad un periodo più avanzato, le emorragie si moltiplicano, le membra s'infiltrano, la debolezza è estrema, le gengive si distruggono; i denti si distaccano, perdono lo smalto, vacillano e cadono; qualche volta ancora le ossa mascellari si cariano; in

(1) *Union médicale*, année 1847 p. 329.

(2) *Archives de médecine*, n. du 1. juillet 1847

questo caso molti ammalati sono tormentati da ptialismo abbondante che contribuisce allo abbattimento; movendo questi individui si sente uno strofinio di un'apofisi distaccata dal resto dell'osso (Lind), o pure quando gli ammalati respirano, si sente un fremito sordo prodotto dallo stropicciamento delle coste e delle cartilagini costali le quali sono disgiunte. Il menomo sforzo basta per rompere un muscolo, o un osso nella sua continuità, o pure al livello di un'antica frattura già consolidata.

Varietà.—Nella maggior parte de' casi, lo scorbuto determina tutti o quasi tutti gli accidenti per lo innanzi descritti. Alcuni però de' più importanti possono mancare; quindi è che molti ammalati non presentano mai alterazione dipendente dalle gengive. In altri, la malattia è caratterizzata soltanto dalla manifestazione di un gonfiamento considerevole di una o di due membra delle pelvi. Questo gonfiamento duro, dolorosissimo senza cangiamento di colorito nella pelle, è prodotto da uno infiltramento sanguigno; quindi è che si vede alla fine di qualche tempo il colore ecchimotico apparire sul membro. Questa forma è stata frequentemente osservata dal signor Errico Guéneau de Mussy sulla fregata la Vénere durante un viaggio marittimo. In questa stessa epidemia si videro altri malati ne quali lo scorbuto appariva soprattutto con ecchimosi, con ulceri sanguinolenti e di pessimo carattere, che occupavano le membra inferiori, e mostravansi tutto di ostinatissime a' mezzi curativi.

Corso, durata, esiti.—Lo scorbuto offre nel suo corso alternative in bene ed in male. Lind à osservato che i sintomi si aggravavano quando era secco. In fine dopo una durata variabile, impossibile a fissarsi anche approssimativamente, si vede terminare lo scorbuto o colla guarigione o colla morte. Quest' à luogo con un accesso di oppressione, di dispnea o di sincope, o pure gli ammalati, assaliti dalle emorragie muoiono di languore. Altri periscono con una malattia intercorrente, perchè gli scorbutici sono considerati da Lind siccome molto predisposti a contrar la maggior parte delle malattie, massime quelle in cui esiste probabilmente qualche alterazione de' liquidi, come le febbri eruttive, la dissenteria ed il tifo, complicazioni frequenti quando lo scorbuto regna ne' campi, nelle città assediate e ne' vascelli.

Se lo scorbuto à fausto fine, la convalescenza comunemente è lunga. Gl' individui restano per lunga pezza deboli, scolorati; alcuni van soggetti alle contrazioni articolari, dolori nei muscoli, e nelle articolazioni che prendon sembianza de' dolori reumatici cronici. Lo scorbuto qualche volta è recidivo; credesi pure che un primiero attacco costituisca una vera predisposizione alla malattia.

Diagnosi.—Lo scorbuto è di facile diagnosi. Torna inutile dire che non potrebbe confondersi coll' anemia nè colle ca-

chessie venerea e mercuriale. Abbiamo precedentemente stabilito che lo scorbutico e la porpora erano due identiche affezioni. In fatti come poter considerare di natura distinta malattie i cui principali sintomi sono comuni? Le ecchimosi, le petecchie, le emorragie interstiziali ed alla superficie delle mucose sono accidenti comuni e predominanti ne' due casi. D'altronde nelle epidemie di scorbutico, tutti gli ammalati non sono affetti nello stesso modo. Per esempio in alcuni le gengive non sono mai fungose, in altri la malattia non è caratterizzata, come la porpora, se non che da ecchimosi; da petecchie o da gonfiamento di uno o molti membri, gonfiamento prodotto da uno stravasamento sanguigno nella spessezza de' tessuti. Aggiungiamo che la tumefazione e lo animollimento delle gengive, de' quali se n'è fatto un carattere allatto distintivo, può esistere nella porpora semplice ed in quella accompagnata da febbre. L'apparato febbrile, frequente in alcune forme di porpora, non saprebbe essere un carattere differenziale, perchè la febbre è in questo caso un elemento soltanto accessorio il quale indica solamente un corso più acuto della malattia. Per riassumere, stabilisco che la porpora e lo scorbutico sono due malattie di natura identica; che lo scorbutico rappresenta la forma cronica della malattia: la porpora con febbre ed emorragia, la sua forma acuta; che la porpora semplice, apirettica, senile, e la forma *urticans*, costituiscono il grado più benigno di una malattia di cui lo scorbutico con ecchimosi, emorragie, scollamento delle apofisi, sincopi, rappresenta il grado più grave. Queste due malattie potrebbero dunque essere riunite.

Pronostico.—Lo scorbutico è una malattia grave, specialmente quando gli ammalati non possono essere allontanati dalle cause che lo hanno sviluppato. La gravità della malattia è proporzionata al numero, all'abbondanza delle emorragie, ed alla debolezza degl'individui. Le sincopi sono pure uno de' segni più pericolosi.

Etiologia.—Lo scorbutico, il quale, appena un secolo fa era endemico a Parigi ed a Londra, oggi è quasi sconosciuto negli ospedali di queste due metropoli. Questo bel risultato dipende dalle felici modificazioni che la civilizzazione ha introdotte nell'alimento e l'abitazione della classe povera. Il freddo umido è una causa delle più possenti dello scorbutico; quindi è che si osserva spessissimo nella bassa Sassonia o nella Olanda. Questa stessa causa agisce pure a produrre lo scorbutico che si sviluppa nelle prigioni, ne' bagni, sulle navi che fanno lunghe navigazioni, e diciamo con dolore, negli ospizi e specialmente in quei luoghi umidi e freddi dove si situano troppo spesso sulla paglia e quasi nudi gl'infelici alienati. Lind ha provato che la umidità era la causa più possente dello scorbutico che si manifestava in mare.

Essa agisce tanto più possentemente in quanto che è unita a molte altre condizioni sfavorevoli, come la privazione degli abiti, e specialmente un alimento grossolano ed insufficiente. Le carni salate ed affumicate, le quali ragionevolmente sono state considerate come una delle cause dello scorbuto di mare, non agiscono pel sale che contengono, siccome lo hanno creduto per lunga pezza, ma perchè danno alla nutrizione gli elementi insufficienti e che lo stomaco pruova troppa pena ad isolare; lo stesso si dica delle carni affumicate. In fine il travaglio forzato, le veglie prolungate, le pene morali, la nostalgia, e generalmente tutte le cause debilitanti, favoriscono lo sviluppo dello scorbuto. Per lo contrario però non pare, secondo la testimonianza di Lind, che la privazione de' vegetabili freschi sia una causa così attiva dello scorbuto siccome si era supposto per molti secoli. In generale lo scorbuto, specialmente quello che assale molte persone, si manifesta sotto la influenza di molte di queste cause riunite; il che si vide, per esempio, per lo scorbuto che distrusse l'armata di Luigi IX, ed in generale per tutte le malattie simili che invasero le infelici popolazioni del medio evo, come anche per la epidemia che devastò i quartieri poveri di Parigi, alla fine del regnare di Luigi XIV. Lo scorbuto non è contagioso; i fatti che Foderè à riuniti per provare il contrario non sono concludenti.

Cura.—Lo scorbuto è una delle malattie da cui l'uomo può meglio preservarsi quando si circonda di favorevoli condizioni igieniche. Quindi un'aria asciutta, vestimenti caldi, un buono alimento vegetabile ed animale sono i migliori preservativi. In mare si potrà anche essere garantiti dallo scorbuto: in fatti questa malattia abbenchè affetti qualche volta anche gli equipaggi, non presenta la gravità di altra volta. Per prevenirla bisogna, allo esempio di Cook, vigilare alla nettezza del naviglio, allontanare qualunque causa di umidità; provvedersi di alimenti freschi; i marinai avranno buoni vestimenti che cambieranno quando sono umidi; faranno uso di qualche frutto acido, di alcune razioni di liquori spiritosi; infine si manterranno distratti mediante la musica, i balli, gli spettacoli, i racconti ec. Mediante una igiene ben ordinata si sono garantiti quasi interamente dallo scorbuto anche durante lunghe e penosissime navigazioni: quindi questa malattia, la quale negli ultimi secoli privava spesso le flotte intiere della maggior parte del loro attivo, è quasi intieramente scomparso a' giorni nostri. La fine del flagello spiega in gran parte la enorme diminuzione della mortalità nella marina inglese (1).

(1) L'ingeglieramento nelle condizioni igieniche che à sì profondamente modificato la mortalità nella maggior parte delle classi della società, à specialmente agito nel modo più felice su' marinari inglesi. In fatti la mor-

Quando lo scorbuto si manifesta, bisogna il più presto possibile allontanare gl'individui dalle cause che ànno sviluppata la malattia. Se gli ammalati possono mangiare, si amministrerà loro un alimento sostanzioso e dolce contemporaneamente; la carne di pesce e specialmente quella di testugine sono utilissime. I brodi grassi che contengono molte piante, il crescione, la lattuca, la bietola, il trifoglio, i frutti acidi, le limonee vegetabili, il latte, l'infusione di bottoni di abete il buon vino, tali sono i mezzi che convengono allo sviluppo. Bisogna pure vincere la ripugnanza che gli ammalati provano pel moto, e forzarli a passeggiare.

Tutti, ma specialmente Lind vanta molto i cetri e gli aranci siccome eccellenti mezzi per guarire lo scorbuto ed anche per prevenirlo. Gli acidi minerali sembrano per lo contrario, avere poca efficacia. È stato pure raccomandato l'uso di tutte le piante acri o amare; quindi l'aglio, la cipolla, la mostrada il rafano, la colearia, la chinachina, sono state date in natura, in infusione, sotto forma di conserva e di sciroppo. Questi mezzi convengono ancora nelle emorragie, ma in questo caso si associano agli astringenti. Bisogna che la cura sia continuata per lungo tempo per così evitare le recidive. Il gonfiamento, lo stato fungoso delle gengive, richiedono l'uso de' gargarismi tonici astringenti: si potrà pur anche toccarle coll'acido idrocloreico. Se gli estremi van soggetti all'edema, si praticheranno le frizioni secche con vapori di ambra di benzuino: le ulcere saranno lavate e spalmate con sostanze antisettiche. Se lo scorbuto si complica alla dissenteria, si consiglia l'uso de' tonici, le piccole dosi di rabarbaro, la teriaca, il diascordio, o pure si dà di tempo in tempo un poco d'ipecacuana. Gli scorbutici non tollerano il salasso. Bisogna pure astenersi da' purganti energici e da' vescicanti, perchè i primi aumentano la debolezza, ed i secondi possono cangrenarsi.

Natura.—Lo scorbuto è una malattia generale. Sin oggi, la sua causa prossima si collocava nella mancanza della fibrina del sangue, e per questa lesione si spiegarono molti dei sintomi della malattia, specialmente le emorragie; i fatti però si rimarcabili pubblicati l'anno scorso da' signori Andral, Jauvel Becquerel e Rodier, debbono farci esitare, e prima di proporre una teoria dello scorbuto, è necessario che novelle osservazioni ci dimostrino se i fatti che io metto sott'occhio siano eccezionali o costituiscono la regola.

talità, che nel 1779 era di 1 sopra 8 in ciascun anno, non era nel 1811 che di 1 sopra 32, ed ora, o almeno da dieci anni or sono non era che di 1 su 72. Tutto porta a credere che l'impegno è oggi anche maggiore.

QUINTA CLASSE DI MALATTIE

DELLE SEGREZIONI MORBOSE

Sotto il titolo *di segrezioni morbose, d' ipercrinie o d' iperdiaresi*, si comprende un gran numero di malattie caratterizzate dallo aumento di un fluido naturale, senza dimostrare ordinariamente alcuna lesione distinta nel tessuto. Il prodotto così segregato scappa al di fuori o pure è trattenuto nelle parti stesse dove è esalato; nel primo caso avvi *flusso*; nel secondo *collezione* o *versamento*. D' altronde nello stesso organo si possono vedere alternativamente i liquidi esalati uscire al di fuori o essere trattenuti, il che osservasi in ispezialità per l' utero.

Ragionevolmente gli antichi nosografi hanno ammesso sotto il nome di *flusso* e di *raccolta* una grande classe di malattie che alcuni moderni avevano in vano procurato di far sparire, volendo sempre rannodare la segrezione morbosa ad un' alterazione materiale dell' organo esalante. Le ricerche però di anatomia patologica hanno dimostrato quanto queste pretensioni erano poco fondate, poichè hanno provato che i flussi o le raccolte liquide considerabili potevano esistere per lunga pezza senza alcuna lesione manifesta nelle parti, o pure che le lesioni, le quali si osservavano qualche volta, non avevano alcun rapporto con la gravità degli accidenti, e non saprebbero per conseguenza spiegarli. In questi casi, è impossibile caratterizzare analomicamente la malattia. Pretendere che questa consiste in una *irritazione segretoria*, non è risolvere il problema, ma dissimulare la nostra ignoranza con una parola vaga che niente dimostra. Quindi nella impotenza in cui siamo per penetrare la natura della malattia, ci convien meglio caratterizzarla pel fenomeno predominante, cioè per la esalazione e l' escrezione del liquido. Questo sintomo d' altronde, astrazione fatta della causa produttrice il più delle volte sconosciuta, può spiegare la maggior parte degli accidenti che si osservano, ed addivene in oltre la sorgente delle principali indicazioni da compiersi.

Poche parti del corpo si trovano al coverto dalle malattie di cui è parola: alcune però sono più esposte delle altre. Quindi gli organi glandulari, le membrane mucose e la pelle sono in preferenza soggetti al flusso, mentre le sierose, i tessuti cellulari ed adiposi, ed il parenchima de' vesciri, sono la sede ordinaria delle collezioni. La natura del liquido esalato varia; ora è sangue o siero, o gas, o pure è un fluido il quale fornito normalmente da un organo secretore, è ad un tratto esalato in maggior quantità; tali sono i flussi mucosi, biliari, urinario, spermatico, ec.

Le segrezioni morbose hanno spesso luogo senza prodromi; altre volte sono precedute da sintomi precursori variabilissimi, ora generali ed ora circoscritti all'organo minacciato. Il sintomo principale nella storia de' *flussi* consiste nella escrezione di un liquido. Lo scolo può essere continuo, o pure aver luogo a certi intervalli; succede senza dolori, o con patemi atroci: nella maggior parte dei casi però si osservano leggerissimi disturbi. Quando per lo contrario, il liquido esalato è contenuto nell'organo, ne risultano accidenti più o meno gravi, dipendenti per lo più dalla compressione che il fluido esercita, compressione tanto più pericolosa in quanto che le parti sono meno atte a distendersi. I sintomi generali mancano, o sono leggeri o gravi, secondo la natura del flusso ed il corso più o meno rapido. In generale quando la segregazione morbosa si stabilisce bruscamente, i sintomi generali sono gravi; tali sono per i flussi la colera e la diarrea sierosa; per le raccolte, i versamenti nel cranio e nel petto. In fine quando il flusso si prolunga, altera la costituzione o produce il deprimimento. Quando una segregazione morbosa esiste in tal guisa in modo continuo, la maggior parte delle segrezioni naturali diminuiscono, e possono anche sopprimersi, finalmente la febbre etica si manifesta ed i malati periscono nel marasmo.

Le malattie di cui è parola hanno un corso ora continuo, ora più o meno intermittente e qualche volta periodico. Dopo una durata variabile, terminano colla salute, colla morte, o altre affezioni. La malattia senza cambiar di natura, può affettare nn'altra sede; quindi un flusso sanguigno dei vasi emorroidali può essere sostituito da un flusso della stessa natura della pituitaria o di qualunque altra mucosa; altre volte, un flusso sanguigno è sostituito da un flusso sieroso o mucoso, e reciprocamente. Checchè ne sia, le malattie di cui trattasi van soggette spessissimo alle recidive, e può anche stabilirsi che le ricadute, come le recidive, sono forse più comuni in questa classe di malattie che in alcun'altra.

Dopo aver stabilito la esistenza, sia di un flusso, o di un versamento, bisogna determinare, dietro i commemorativi, lo stato attuale dello ammalato ed il corso della malattia, se la segregazione morbosa è un fenomeno primitivo, essenziale, o sintomatico di una lesione materiale locale, o dello stato costituzionale dello individuo.

La gravezza del pronostico è proporzionata alla importanza ed alla quantità del liquido escreato, alla prontezza colla quale sgorga, e ne' casi di versamento, alla importanza degli organi compressi; in fine, alla natura della causa secondo che questa è suscettibile o no di essere allontanata.

Le cause delle segrezioni morbose sono il più delle volte oscure. Però vedremo poscia che la età, il sesso, il regime, le condizioni atmosferiche, certe malattie antecedenti, la eredità, certe professioni, ec., costituiscono altrettante predisposizioni per alcune di queste affezioni in particolare. In quanto alla causa prossima, torna quasi impossibile poterla precisare. Alcune volte la malattia è consecutiva ad un trambusto della innervazione o ad una modifica sopravvenuta nella circolazione capillare. In fine in alcuni casi, sembra che la malattia risulti da un aumento nell'azione de' solidi (*flusso attivo*), mentre altre volte sembra, per lo contrario, che questi siano colpiti da atonia, o che i liquidi, essendo meno densi, sono più difficilmente ritenuti ne' vasi (*flusso passivo*).

La cura delle numerose affezioni che appartengono a questa classe varia di molto. Quindi vi sono i mezzi diretti, come la evacuazione artificiale delle collezioni, il tamponaggio, la compressione pel flusso: la medicatura topica per tutti due. I mezzi indiretti più possenti sono gli antilogistici, ed i sedativi: ne' flussi passivi, sono i tonici e gli astringenti. Ne' due casi si usa spessissimo una medicatura perturbatrice, così si stabiliscono le controirritazioni sulle diverse parti del corpo, e si attivano le principali segrezioni naturali. In fine il corso continuo o intermittente e la natura essenziale o sintomatica della malattia saranno pur anche la sorgente di alcune indicazioni sulle quali torna superfluo intrattenersi di vantaggio in questo luogo.

Siccome il Sig. Chomel lo faceva altra volta ne' suoi corsi di patologia, così noi divideremo le segrezioni morbose secondo la natura del fluido esalato; studieremo dunque separatamente: 1.° le segrezioni sierose; 2.° le segrezioni mucose; 3.° le segrezioni de' liquidi propri di alcuni organi, come l'urina, lo sperma, il latte, il grasso, ec., 4.° in fine le pneumalosi o la segregazione de' fluidi elastici. Nella prima edizione, vi abbiamo unite le emorragie; ma siccome solamente quelle che hanno luogo mediante esalazione potrebbero comprendersi in questa classe; così per non scindere il soggetto, ci è sembrato più convenevole fare delle emorragie una classe a parte di già studiata, e che forma un passaggio naturale alle malattie delle quali incominciamo la descrizione.

PRIMO GENERE DI SEGREZIONI MORBOSE

SEGREZIONI SIEROSE

La esalazione morbosa del siero à luogo ordinariamente nel tessuto cellulare, e nelle membrane sierose, dove il liquido è trattenuto per qualche tempo più o meno lungo; altre volte la segregazione si opera dalla superficie di una membrana mucosa, ed in questo caso si osserva, secondo la disposizione delle parti, ora un flusso, ora una raccolta e qualche volta e l'uno e l'altra alternativamente; ciò vedrassi negli articoli seguenti.

DELLE IDROPISIE IN GENERALE

Sotto il nome d'*idropisia* si deve comprendere soltanto l'accumolo del siero nelle maglie del tessuto cellulare o nelle membrane sierose. Alcuni autori hanno però esteso il significato della stessa parola allo accumulo de' fluidi nelle cavità accidentali come le cisti, o negli organi tappezzati da membrane mucose, come lo stomaco e l'utero; noi però di accordo col Signor Rayet e Littré non crediamo dover confondere sotto la stessa denominazione affezioni le quali sono distinte le une dalle altre. Comprendendo solamente tra le idropisie i versamenti sierosi del tessuto cellulare e delle membrane sierose, si forma un gruppo naturale di malattie che affetta tessuti identici sotto i rapporti anatomico e fisiologico; vedremo di più quanto siano intime le connessioni che ligano le idropisie delle membrane sierose a quelle che hanno la loro sede nel tessuto cellulare; quindi le generalità che presenteremo si applicheranno pur anche alle prime ed alle seconde, mentre i versamenti delle cavità mucose o di certe cisti sono malattie che non possono neppure essere ravvicinate alle idropisie, poichè non differiscono essenzialmente per le loro cause, i loro sintomi ed il loro corso: le considerazioni che presenteremo non saprebbero esserle applicate.

Storia e divisioni. — Gli antichi hanno conosciuto e descritto le principali specie d'idropisie, sulla natura e la formazione delle quali le idee più bizzarre sono state emesse, se si paragonano alle idee regnanti. Crediamo cosa superflua ricordarle in questo luogo. Per molto tempo considerata siccome una malattia distinta, la idropisia altra cosa non è a' giorni nostri se non che un sintomo di diversi stati morbosì che alcuni antichi, guidati dalle loro idee speculative, avevano indicati in gran parte, la cui esistenza però non è stata dimostrata se non collo sparo de' cadaveri e le esperienze de' fisiologici. Dopo tut-

te queste ricerche, è provato ora mai che quasi tutte le idropisie sono *sintomatiche*, cioè che risultano da un' alterazione nella tessitura di certi organi o da un cambiamento sopravvenuto nella quantità e nella composizione del sangue. Alcune però sono *idiopatiche*, cioè dipendenti da un lavoro particolare, limitato all'organo istesso che è addivenuto la sede della esalazione sierosa, le cui cause sono quasi sempre sconosciute. Indipendentemente dalla precedente divisione, le idropisie sono state pur anche distinte in *attive* o *steniche* ed in *passive* o *asteniche*. Le prime sono quelle le quali, manifestandosi prontamente hanno un corso rapido e sono accompagnate da alcuni sintomi di reazione o di eccitamento. Sono state pur anche considerate come capaci di assalire in preferenza gl'individui forti, sanguigni, ed han supposto che la malattia in questo caso risultava da un aumento della perspirazione sierosa, dovuta ad un lavoro occulto chiamato *subinfiammazione* o *irritazione segretoria*. Le idropisie atoniche o passive, prodotte da una diminuzione nello assorbimento, avrebbero per lo contrario un corso lento, e non si accompagnerebbero ad alcun fenomeno di eccitamento o di reazione per parte dell'organo che è la sede della congestion sierosa. Le idropisie per effetto di ostacolo nella circolazion venosa sarebbero il tipo della forma passiva, mentre che l'anassarca che si manifesta bruscamente nella convalescenza delle scarlattine o nella nefrite albuminosa acuta, rappresenta molto bene la forma stenica. Questa ultima divisione delle idropisie, proposta da Breschet adottata anche a' giorni nostri dal Signor Bouillaud, è spesso di difficilissima applicazione nella pratica. Crediamo dunque cogli autori del *Compendium de médecine*, preferibile sostituire una divisione unicamente basata sulla conoscenza delle cause, senza non pertanto perder di vista i caratteri stenico e passivo, i quali rappresentano qualche cosa di reale e possono addivenire la sorgente di alcune indicazioni precise, ma che non comprendono tutte le forme delle idropisie.

Cause delle idropisie. — Un ostacolo nella circolazione del sangue è la causa più frequente delle idropisie: tali sono tutti gli ostacoli apportati alla circolazione generale, siccome lo sono le malattie organiche del cuore, i versamenti nel pericardio, certe affezioni dell'aorta. Altre volte è un ostacolo il quale si oppone alla circolazione venosa soltanto di una parte, e che produce una idropisia limitata a questo punto del corpo; tali sono i casi in cui una vena di un certo calibro è ostrutta o obliterata dalle concrezioni fibrinose o pseudo-membranose, o dalla compressione che alcuni tumori esterni esercitano. Questa causa delle idropisie parziali, dimostrata sperimentalmente da Lower, ammessa come reale da Boerhaave, da Van-Swiëten, da Cul-

len, ec., è stata confermata dalle ricerche de' medici moderni, specialmente dalle osservazioni de' Signori Bouillaud (1) e Reynaud (2).

In tutti i casi che precedono, si spiegherà facilmente la produzione della idropisia, ricordandosi che le vene essendo agenti principali se non esclusivi dello assorbimento, questa funzione deve esser turbata quando il sangue circola con difficoltà ne' vasi di cui è parola. Avvi allora difetto di equilibrio tra la esalazione che rimane la stessa, che forse aumenta, e lo assorbimento che è minore o affatto nullo. Bisogna pur anche riportare alle idropisie per ostacolo alla circolazione venosa tutte quelle che hanno luogo ne' casi d'ipertrofia della milza, o quando il fegato è aumentato di volume, o pure quando è atrofiato e la sede di quest'alterazione che descriveremo nel tomo II sotto il nome di *Scirrosi*. Il prodotto della idropisia si spiega facilmente per l'ostacolo che la circolazione addominale prova, sia perchè le vene si trovano compresse da' visceri ipertrofiati, sia ne' casi *scirrosi* o di atrofia del fegato, perchè le ramificazioni della vena porta, avendo seguito il fegato nel suo contrarsi, hanno subito una diminuzione più o meno grande nel loro diametro.

Se le malattie del sistema sanguigno sono una causa efficacissima d'idropisia, non così però avviene delle affezioni del sistema linfatico che hanno considerato siccome capaci di determinare certi versamenti sierosi; ciò però a torto; poichè questi hanno mancato ne' casi in cui i principali vasi bianchi erano stati oblitterati o distrutti, ed anche dopo la ligatura del canale toracico sugli animali. Non ammettiamo egualmente, contro la opinione di Abercrombie ed alcuni medici inglesi, la esistenza delle idropisie sintomatiche delle malattie acute o croniche de' polmoni, poichè ci tornerebbe facil cosa poter provare che gli infiltramenti ed i versamenti sierosi che si manifestano nel corso di alcune di queste malattie si spiegano sempre per alcune delle alterazioni che producono abitualmente le idropisie.

Avvi una classe importantissima d'idropisie che riconosce per causa l'alterazione del sangue; quindi sembra che quando esiste questo liquido in grande quantità, possono formarsi i versamenti sierosi. Gli esperimenti sugli animali viventi, tentati dal Signor Maugendie, hanno dimostrato, per esempio, che quando s'inetta una certa quantità di acqua nel sistema circolatorio, lo assorbimento interstiziale si rende meno attivo, e la inerzia di questa funzione è tosto seguita da una esalazione sie-

(1) *Archives*, année 1823.

(2) *Journal hebdomadaire* année 1829.

rosa nelle diverse parti del corpo. In questo modo si sono spiegate certe idropisie che si formavano rapidamente negl' individui pletorici, od in quelli i quali, essendosi satollati di bevande, si trovavano nelle condizioni a poco presso simili a quelle dell'animale nelle vene del quale s'inietta una grande quantità di liquido. I fatti però di questo genere sono eccessivamente rari, oltre a che non è ancora dimostrato che il sangue, indipendentemente dalla sua maggior quantità, abbia subito allora nello stesso tempo qualche alterazione nelle sue qualità, poichè questa in fatti è la causa la quale spiega lo svolgimento di un grandissimo numero d'idropisie. Numerosi fatti hanno oggi dimostrato che alcune idropisie si producono ne' casi in cui il sangue è depauperato, quando il numero de' globetti e la proporzione della fibrina sono diminuite contemporaneamente. Ciò osservasi dopo le abbondanti emorragie, ad un periodo avanzato dello scorbut e di molte malattie croniche, o pure in quegli individui i quali vivono in luoghi bassi, umidi, privi di aria, di luce, e che mancano di un sufficiente nutrimento, e di cattiva qualità. L'alterazione però del sangue che produce il più delle volte e più sicuramente i versamenti sierosi, è la diminuzione de' materiali solidi del siero, e specialmente la diminuzione dell'albumina. Vedremo in prosieguo che tale è la causa delle idropisie le quali si manifestano generalmente nel corso della malattia di Bright, quando il rene alterato toglie al siero una grande quantità della sua albumina.

Le alterazioni del sangue e gli ostacoli nella circolazione venosa si combinano spesso e spiegano lo sviluppo di molte idropisie. Quindi è che le collezioni sierose, le quali sono sì comuni nel corso delle febbri intermittenti prolungate, riconoscono per causa non solo un ostacolo nella circolazione, occasionato dallo sviluppo insolito della milza, ma forse più l'alterazione profonda che il sangue à subito. Ciò si applica egualmente alle affezioni cangrenose, che spesso si complicano alle idropisie, il cui sviluppo spiegasi ben anche per lo stato di cachessia e di debolezza che per la oblitterazione delle vene, prodotta ora dalla compressione delle masse cancerigne, più spesso forse dalla formazione de' grumi misti qualche volta al detritus canceroso esistente nel loro interno.

Da ciò che abbiamo detto, vedesi manifestamente esistere un ordine d'idropisie il quale riconosce per punto di partenza un'alterazione del sangue; ora è un vizio di proporzione nella quantità di questo liquido, più spesso un'alterazione di qualità. Abbiamo ammesso che la perdita della fibrina del sangue e la diminuzione de' globetti potevano produrre i versamenti sierosi; ci affrettiamo però a riconoscere che queste alterazioni non sono quelle che determinano il maggior numero delle idro-

pisie, nè di quelle malattie che sono le più intense. D'altronde, qualunque possa essere il grado di queste alterazioni, che siano isolate o riunite, non producono *necessariamente* una idropisia. Non così avviene però quando la proporzione dell'albumina del siero diminuisce, perchè in questo caso l'idropisia sembra essere una conseguenza necessaria e quasi inevitabile; questo punto è stato perfettamente stabilito non a guari dal Signor Andral. Il dotto professore sembra pure dubitare, sino ad un certo punto, che esistano altre idropisie dipendenti dall'alterazione del sangue meno quelle che risultano dalla diminuzione dell'albumina. Secondo lui, quelle idropisie che anno devastato le intere popolazioni sarebbero la conseguenza di una simile alterazione. Tali sono quelle che il Signor Gaspard à vedute regnare epidemicamente nel 1816 in molti dipartimenti del centro della Francia, dove gli abitanti erano stati necessitati di procurarsi il nutrimento nelle radici e nelle erbe de' campi che facevano cuocere. La opinione del Signor Andral, abbenchè non ancora dimostrata, poggia su qualche fondamento, perchè analizzando, come egli à praticato, il sangue de' montoni che addiventano idropici per essere stati nutriti in luoghi umidi, e con pascoli di pessima qualità si trova in essi molta poco quantità di albumina nel siero.

Finalmente certe idropisie non riconoscono alcuna delle cause precedentemente indicate, e per conseguenza si ligano ad uno stato particolare, quasi sempre sconosciuto, degli organi nei quali la segrezion morbosa à luogo; queste sono, a propriamente parlare, le idropisie idiopatiche ed essenziali. In questi casi si osserva un lavoro morboso, un esaltamento nella segrezion sierosa, senza che questa si potesse rannodare ad alcuna alterazione di un solido o di un liquido. Si è preteso che in questo caso eravi subinfiammazione o irritazione segretoria; ma siccome abbiamo avuto l'occasione di dirlo, non bisogna accettare queste parole come esprimenti qualche cosa di reale, ma solamente come la spiegazione di un fenomeno del quale non abbiamo potuto sin ora determinare il meccanismo. Checchè ne sia, queste idropisie dette *attive* o per *irritazione segretoria* si sviluppano qualche volta bruscamente in seguito della impression del freddo. Quindi si è osservato l'ascite e l'anassarca manifestarsi in individui i quali a corpo riscaldato, erano stati bagnati dalla pioggia o eran caduti nell'acqua. Si dice pure che lo stesso effetto è stato prodotto in coloro che àn fatto uso di una bevanda fredda a corpo sudato. In questi casi sembrerebbe che le funzioni della pelle, essendo state momentaneamente sospese, una segrezione suppletoria si è stabilita nel tessuto cellulare o in una sierosa; forse in questo modo ànno luogo alcune delle idropisie consecutive alle febbri eruttive. Non bi-

sogna però porre in non cale che in molti casi, queste ultime si ligano alla esistenza di nn' affezione de' reni, come pure per molte di quelle le quali si manifestano bruscamente in mezzo ad una florida salute, senza causa distinta; o in conseguenza di un raffreddamento. A questo riguardo, si può leggere un esempio curiosissimo nello *Essai d'hématologie*, pag. 157 del Signor Andral; noi stessi ne abbiamo osservato alcuni a poco presso simili: ciò non pertanto, non ci è stato possibile trovare un' alterazione de' reni. Dunque la proporzione dell' albumina del sangue non era stata probabilmente diminuita. Dico probabilmente, poichè non sarebbe impossibile, rigorosamente parlando, vedere nell' uomo ciò che il Signor Andral à molte volte osservato ne' montoni, cioè, delle idropisie che coincidevano con una diminuzione dell' albumina nel sangue senza che i reni fossero affetti, ed indipendentemente dallo scolo preliminare di questo principio per mezzo delle urine.

Anatomia patologica.—Qualunque possa essere il punto del corpo in cui la idropisia à sede, il fluido stravasato rassomiglia molto al siero del sangue per lo aspetto e per le sue proprietà chimiche. In fatti è limpido, senza odore, senza colore, leggermente citrino; qualche volta poco sanguinolento; il suo peso specifico varia tra 1006, 7 e 1064 (Marcet) è quasi intieramente formato di acqua, di cui la porzione è sempre maggiore che nel siero del sangue. In fatti se quest' ultimo, quando è più carico di acqua, non ne contiene per media proporzione che 790 parti, nel siero delle idropisie tocca la cifra di 986 come massimo e 930 come minimo. Il siero contiene in oltre diversi sali, come l' idroclorato di soda e di potassa, i solfati di potassa e di soda, i fosfati di ferro, di calce, di magnesia, la cui quantità è a poco presso eguale a quella che si trova nel siero del sangue. Marcet vi à pur scoperto una materia animale particolare, solubile nell' acqua, non coagulabile al calorico, ch' ei chiama *muco estrattivo*. Finalmente facendo bollire questo liquido o trattandolo coll' acido nitrico, si scrova l' albumina; la quantità di questo prodotto, siccome è stato comprovato dal Signor Andral, varia da 4 sino a 48. Dalle ricerche dello stesso autore risulta pur anche che la sede della idropisia, come la natura della sua causa, non esercita alcuna influenza sull' aumento più o meno grande della cifra dell' albumina; non però così succede dello stato più o meno grande di integrità della costituzione. In fatti, più questa è ancora intiera e forte, più in generale il siero sparso contiene albumina. Una circostanza rimarcabile, pur anche indicata dal Signor Andral è quella che ne' casi ove, nello stesso individuo, esistono contemporaneamente in diversi luoghi molti versamenti sierosi, i liquidi che li costituiscono possono differire notabilmente gli

uni dagli altri relativamente alla porzione di albumin che contengono.

La quantità del siero versato varia molto nelle differenti specie d'idropisie. Se è molta, produce un distendimento dei tessuti; le cavità che lo contengono sono ampliate; certi organi fortemente compressi dal liquido sono appassiti, ristretti, atrofati. Alcuni autori fondandosi sur alcuni fatti riportati da Lower, Morgagni e Mascagni, hanno preteso che negl' idropici si trovavano spesso i vasi linfatici voluminosi e distesi; però essi hanno conchiuso dietro alcuni casi eccezionali; la quotidiana osservazione non dimostra alcuna distinta lesione nel sistema linfatico di coloro che muoiono con una idropisia.

Sintomi.—I sintomi generali e locali delle idropisie variano di molto secondo la sede, e specialmente secondo la causa produttrice. Nella maggior parte de' casi si osserverà un aumento nel volume delle parti e certi sintomi dipendenti dalla compressione che il fluido versato esercita sugli organi co' quali si trova in contatto. Gli accidenti variano d'altronde secondo l'abbondanza del versamento, la rapidità colla quale si forma, e la resistenza delle parti che lo contengono. In quanto a' sintomi generali, non ve n'è alcuno, che possa considerarsi come speciale della esistenza di un versamento sieroso: quindi a torto hanno indicato una sete intensa, l'aridità della pelle o della mucosa buccale, la costipazione, le urine scarse, in una parola la diminuzione della maggior parte delle segrezioni, siccome quelli che accompagnano tutte le idropisie, poichè questi sintomi non esistono nella maggior parte degli ammalati, e spesso quando si osservano, debbono riportarsi ad altre cause anzichè alla stessa idropisia.

Corso.— Il corso delle idropisie varia; le une durano poco, poichè finiscono dopo alcuni giorni; altre per lo contrario continuano per molti mesi ed anche per anni intieri. L' esisto può essere favorevole o funesto; nel primo caso la idropisia finisce ora a poco a poco, altra volta rapidamente, e la sua scomparsa coincide spesso con un flusso considerabile di urina, con una diarrea sierosa, o con un'abbondante diaforesi. In fine, in alcuni casi rarissimi, la guarigione à luogo dopo che il siero è stato evacuato da un'apertura spontanea della pelle. Le idropisie idiopatiche non sono mica le sole che guariscono; poichè si veggono scomparire anche quelle che dipendono da una lesione organica, anche quando questa non à provato alcuna miglioria. In questi casi però la guarigione è passeggera soltanto; poichè dopo un tempo più o meno lungo la idropisia ricomparisce. Questa può anche cessare e ricomparire molte volte di seguito prima di addivenire definitiva: e raro però che dopo la terza recidiva essa possa diminuire, e specialmente

scompare di bel nuovo. La morte è un esito più ordinario delle idropisie; essa à luogo ora per i progressi sempre crescenti della malattie di cui la idropisia è uno de' sintomi, ora in seguito di qualche complicazione o per alcuni accidenti che producono il versamento istesso, come le cangrene e le risipole flemmonose (nell'anassarca) l'asfissia (nel idrotorace) Finalmente un certo numero di malati periscono rapidamente per diversi disturbi cerebrali, come il delirio, movimenti convulsivi coma. Questi accidenti, ora preceduti da cefalalgia, torpore, in generale si manifestano all'improvviso; sono quasi sempre preceduti da diminuzione della idropisia. Lo sviluppo de' sintomi apopletici dipendono in questo caso dal perchè il siero riassorbito è stato portato verso i centri nervosi per un vero movimento di metastasi: quindi nell'autopsia di coloro che periscono per gli accidenti di cui è parola, si son rinvenuti versamenti sierosi considerabili ne' ventricoli, nella cavità aracnoidea, o nel tessuto cellulare della pia madre, o finalmente, ma più di rado, il siero era combinato colla stessa sostanza cerebrale. Questi accidenti che si possono manifestare nel corso di tutte le idropisie, si osservano specialmente ne' casi di anassarca e di ascite; si son veduti spessissimo anche quando l'infiltramento occupava soltanto le membra inferiori: il Signor dottor Lasserre ne à raccolto molti esempi nelle donne gravide (*Gaz. médicale* de 1843).

Diagnosi.—La diagnosi delle idropisie presenta due problemi a risolversi: 1. riconoscere la idropisia: 2. determinare se sia essenziale o sintomatica. In generale è facile riconoscere un versamento sieroso mediante i disturbi funzionali che si osservano, come pure per i segni che somministrano le osservazioni delle parti, il tatto e la percussione; torna più difficile risalire alla causa produttrice e sostenitrice della malattia. Per determinare però questo punto della diagnosi, si avrà riguardo al corso più o meno rapido della idropisia, alle parti del corpo che prima à colpite, alle circostanze che l'anno preceduta, a' sintomi che l'accompagnano. Non bisogna dimenticare che il numero delle idropisie idiopatiche ed essenziali è oggi estremamente ristretto in modo, che quando non si potrà spiegare lo sviluppo dei versamenti sierosi per un astacolo meccanico della circolazione, se ne troverà quasi sempre il punto di partenza in un'alterazione del sangue: e siccome di tutte queste lesioni quella che produce più sicuramente le idropisie consiste in una diminuzione dell'albumina che viene eliminata da' reni, bisognerà sempre cercar di vedere se l'urina contiene o pur no questo principio.

Pronostico.—Questo è subordinato alla causa che à prodotto la idropisia, alla sede del versamento, al numero delle recidive, alle complicanze che l'accompagnano. La diminuzione

del versamento per lo più è una circostanza favorevole; pur tuttavia questo segno non avrà alcuna importanza che per quanto lo stato generale sarà migliorato, atteso che qualche volta, siccome lo abbiamo detto, la diminuzione brusca della idropisia coincide colla comparsa de' sintomi cerebrali gravi. D'altronde non è raro vedere i versamenti sierosi diminuire notabilmente negli ultimi giorni della esistenza senza che vi abbia metastasi.

Cura.—Nella cura di qualunque idropisia vi sono due indicazioni a compiere, 1.° combattere la causa della malattia: 2.° favorire la evacuazione del liquido stravasato.

Prima indicazione.—I mezzi da impiegarsi per soddisfare alla prima indicazione variano secondo la causa produttrice della idropisia. Se questa dipende da un ostacolo nel corso del sangue bisognerà cercare di diminuirlo o distruggerlo. Questa indicazione è difficilissima a potersi compiere. Per lo contrario vi sono certe cause d' idropisia come la plethora o lo stato anemico le quali possono esser vinte efficacemente, la prima col salasso e gli antislogistici, la seconda coi tonici ed i ferruginosi ed un regime analeptico. D'altronde qualunque possa essere la causa prima della idropisia, bisogna anzi tutto pensare ad evacuare il siero, combattere con cura lo stato infiammatorio o stenico, il quale ora è la causa della idropisia, altre volte la complica soltanto. Questo stato stenico, specialmente caratterizzato dalla forza e la vibrazione del polso, richiede l'uso de' salassi, i quali saranno però proporzionati alle forze dell'individuo ed alla intensità de' sintomi. Gli antislogistici saranno viemmaggiormente indicati in quanto che questi accidenti si manifestano il più delle volte in quei giovani vigorosi, ben nutriti, e ne' quali l'idropisia si è sviluppata rapidamente. I medici inglesi hanno consigliato in questi casi l'uso simultaneo dell'oppio e del calomelano a dosi rifratte (10 a 20 centigramme di calomelano e 2 a 10 centigramme di oppio in ogni tre ore). Molti propongono di continuare questi mezzi sino alla salivazione: la efficacia di questa cura non è ancora sufficientemente dimostrata.

Seconda indicazione.—Quando lo stato stenico o astenico sarà stato convenevolmente combattuto, o quando non esiste alcuna di queste due indicazioni, o che la idropisia appartiene ad una causa materiale, si può sperar solo un sollievo momentaneo, bisogna tentare la evacuazione del siero. Si ottiene ciò co' mezzi diretti, come la incisione o la puntura delle parti nelle quali il liquido è stravasato, o pure si usano i mezzi indiretti come i purganti, i vomitivi, i diuretici, i sudoriferi, i scialagoghi i vescicanti, nello scopo di provocare le segrezioni artificiali ed attivare lo assorbimento a spese del liquido stravasato. Tra questi mezzi i purganti e specialmente i drastici sono quelli che hanno più efficacia: si usano quando nessuno

complicazione degli organi digestivi non ne contro indica l'uso. L'olio di croton tiglio, la scialappa, lo sciroppo di prugne la gomma gotta, le decozioni di sambuco, o *sambucus nigra* (32 gramme in due libbre di acque da ridursi ad una): le pipolle di Bacher, delle quali l'elloboro forma la base, al numero di due a dieci nel corso della giornata, sono le principali sostanze purgative delle quali si farà uso. Converterà amministrarle ad intervalli ravvicinatissimi, cioè in ogni due o tre giorni: senza questa precauzione, si vede l'idropisia ricomparire con una sorprendente rapidità.

I diuretici specialmente impiegati nelle idropisie sono le tisane fatte colla grammigna, la parietaria, le barbe di ciriege, la fragola, gli sparagi la ginestra verde a' quali si aggiunge una certa quantità di nitro o di acetato di potassa. Le polveri di digitale o di scilla potranno anche essere prescritte. Hanno pur anche consigliato d'introdurre i diuretici per la pelle. In questo scopo, si praticano le frizioni colle tinture di scilla e di digitale, o pure si applicano le compresse bagnate in una forte decozione di queste piante. Questo mezzo è stato molto raccomandato dal Signor Troussseau. È stato anche proposto lo zucchero ad alta dose; esso agisce come diuretico o come sudorifero. Con esso solo si è qualche volta ottenuta la scomparsa delle idropisie considerabili. Lo zucchero bruno secondo il Signor Bagot, sarebbe più efficace dello zucchero raffinato; si amministra alla dose di una o molte libbre in ciascun giorno. I sudoriferi sono agenti più incerti nella loro azione degli stessi diuretici; le fumigazioni aromatiche, e specialmente i bagni a vapore, sono il mezzo più efficace per produrre la diaforesi. Vi si può unire l'uso de' legni diaforetici, la polvere di Döwer, ec, e l'uso della flanella.

Il regime igienico varierà secondo le condizioni particolari degli ammalati. In nessun caso conviene privare gli ammalati dell'uso delle bevande, seguendo lo esempio degli antichi, nel timore di aumentare l'idropisia, poichè questo timore non à fondamento alcuno: dunque senza scopo si aggiungerebbe il tormento della sete ai patomi della malattia.

DELLE IDROPISIE IN PARTICOLARE DELL' ANASSARCA

Si dà il nome di *anassarca* o di *leucoflemmasia* (1) allo accumulo del siero nelle maglie del tessuto cellulare di tutto il corpo: questo infiltramento si manifesta specialmente nel tessuto cellulare sotto cutaneo.

(1) Anassarca, da *αν* tra e da *σαρξ* carne, *Leucoflegmasia*, da *λευκός* bianco e da *φλεγμᾶ*, *flegma*.

Caratteri anatomici.—Questa idropisia è caratterizzata da un gonfiamento, in generale indolente, il quale cede sotto il dito e ne conserva la impressione per qualche tempo più o meno lungo. Incidendo le parti infiltrate, sgorga del siero che possiede le qualità che abbiamo precedentemente indicate. Il tessuto cellulare è più raro, le maglie ingrandite, spesso è ammolito, più friabile. (Lobstein), qualche volta è fluente, di un aspetto gelatinoso, e non conserva più la sua organizzazione. Il siero esiste in maggior quantità nella rete cellulare sottocutanea. Altra si accumula tra gli strati muscolari, ne' loro interstizi cellulosi e nel tessuto cellulare che veste le membrane mucose, sierose, o tra le differenti tuniche de' visceri membranacei. Se l'anassarca è antica, i muscoli sono scolorati, siccome macerati; la pelle è bianca, assottigliata, semitrasparente.

Divisione ed etiologia.—Per lo studio dell'anassarca si possono stabilire tutte le divisioni che abbiamo precedentemente ammesse. La malattia può svilupparsi sotto la influenza di ciascuna delle cause che abbiamo enumerate parlando delle idropisie in generale.

Sintomi.—Lo sviluppo dell'anassarca varia secondo che la malattia è acuta o cronica, ma differisce specialmente per le cause che presiedono al suo sviluppo. Di rado si vede la idropisia generale ad un tratto, e non è frequente che essa invada di botto molti punti del corpo. Non pertanto ciò osservasi nei casi in cui l'anassarca è sintomatico di uno stato pletorico, o pure quando la idropisia è il risultato di una malattia acuta, come un'aortite (Bizot), una pericardite (Chomel), certe varietà della malattia di Bright, particolarmente quella che à luogo al declinar della scarlattina (Hamilton, Rayer). Nella maggior parte de' casi, specialmente quando l'anassarca è passivo, la idropisia è limitata, per un tempo più o meno lungo, ad un punto più o meno circoscritto, e propagasi in seguito successivamente a tutto il resto del corpo. Le parti primitivamente invase dallo infiltramento sieroso differiscono però secondo la causa che produce l'anassarca, circostanza importante a notarsi nella diagnosi differenziale. I caratteri dell'anassarca variano: in generale, la pelle è pallida, o di un bianco quasi lattiginoso; la pressione del dito determina senza sforzo e senza risvegliare alcun dolore un incavo che scompare lentamente tosto che si sospende la compressione. Alcune volte i tegumenti presentano una durezza, una resistenza rimarcabile che è più specialmente osservato quando il siero occupa la parete addominale. Lo infiltramento è tanto più considerabile e più abbondante in quanto che à luogo in un tessuto cellulare più delicato. Quindi le palpebre sono qualche volte infiltrate a segno da coprire completamente il globo oculare: le grandi labbra nella donna, lo scroto nell'uomo, pos-

sono acquistare il volume della testa di un adolescente: se la verga è molto infiltrata, il prepuzio si corona in forma spirale, e l'escrezione dell'urina addiviene difficile. In tutti i casi, il siero obbedendo alle leggi di gravità si accumula in maggior quantità ne' punti declivi, come la regione lombare; per la stessa ragione è più abbondante nelle membra inferiori anzichè nelle superiori; frequentemente le prime si veggono raddoppiare e triplicar di volume. Quando la pelle si rattrova così distesa oltre misura, offre una temperatura al di sotto della media; perde la sua umidità e la sua cedevolezza, la sua sensibilità diminuisce, e qualche volta cessa sì completamente che gli ammalati si sono bruciati profondamente senza conoscerlo. Questa estrema distensione della pelle può arrivare a tal grado, che questa membrana si serepola, e permette così il passaggio del siero. Altre volte la pelle, sotto la influenza di questa tensione permanente, o pure in occasione di una piaga, di una puntura, o di qualunque altra causa irritante, è colpita da infiammazione resipelacea, la quale termina quasi sempre colla gangrena: questo accidente addiviene spesso una delle cause principali di morte.

I sintomi generali variano secondo la causa che provoca e intrattiene l'anassarca: nella maggior parte de' casi, avvi languore di tutte le funzioni della economia: la sete è più o meno viva; la diarrea, la quale si manifesta specialmente ad un periodo avanzato della malattia, accresce la debolezza; l'urina è generalmente poco abbondante, e nel caso in cui l'anassarca è sintomatica della malattia di Bright, questo liquido contiene, come lo abbiamo detto, una quantità di albumina più o meno considerabile. I caratteri precedenti si osservano specialmente nella forma di anassarca che gli autori chiamano astenico o passivo.

Corso.—Se la idropisia è acuta, la si vede manifestarsi rapidamente ed occupare in poche ore una grande estensione, e qualche volta tutta l'abitudine esterna del corpo. La pelle offre spesso una tinta leggermente rosea; è calda, arida, renitente al tatto, e se si preme fortemente col dito, risveglia un leggiero dolore e si stabilisce una piccola depressione che sparisce prontamente subito che si sospende la compressione. Allora esiste sempre la febbre più o meno viva, e se l'ammalato si sassa, il sangue presenta comunemente una colonna infiammatoria. L'anassarca rimane ora stazionario; altre volte si aumenta vieppiù, raramente però il corpo acquista questo enorme volume, e qualche volta mostruoso, che osservasi nell'anassarca cronico e passivo. In questa forma acuta della malattia, il fluido stravasato sembra obbedire meno alle leggi di gravità, e non si osservano, come nell'anassarca passivo, le parti declivi formare quelle protuberanze voluminose, e difformarsi in seguito dello accumulo eccessivo del siero. Tali sono i sintomi

indicati dalla maggior parte degli autori siccome quelli i quali indicano la esistenza di un anassarca *idiopatico acuto*: Se poi in questi simili casi, si vogliono esplorare accuratamente tutte le funzioni della economia, si scovrirà certamente nel cuore, nel pericardio, nell'aorta, ne' reni o nel sangue, la causa materiale che à provocato la idropisia. Tra tutte queste cause organiche la forma acuta della malattia di Bright è quella che produce il più spesso l'anassarca attivo. In questi casi, il dolore nella regione lombare e specialmente lo stato albuminoso dell'urina permetteranno di stabilire una diagnosi certa.

Ad un periodo avanzato, la maggior parte degli anassarchi si complicano con versamenti sierosi nelle diverse cavità, specialmente nel peritoneo e nelle pleuri. Se la malattia termina colla guarigione, l'infiltramento diminuisce a poco a poco; la faccia ed i piedi sono le parti del corpo dove finisce in ultimo luogo

Diagnosi.—Torna impossibile poter confondere l'anassarca con alcun'altra malattia; però è molto difficile determinare la causa che à prodotto lo infiltramento sieroso. Per risolvere questo problema, si cercheranno le parti che la idropisia à primitivamente invase, il corso che à seguito, i disturbi funzionali che coincidono con essa e le circostanze che àno preceduto il suo sviluppo. Quindi la osservazione à dimostrato che l'anassarca che si è manifestato lentamente ed à incominciato con un infiltramento de' piedi e delle gambe riconosce quasi sempre per causa una malattia organica del cuore. Quello che è sintomatico di una malattia della milza o del fegato à, è vero, lo stesso modo di origine, ma differisce dal precedente per questa rimarcabile circostanza che lo infiltramento sieroso delle membra à luogo sempre consecutivamente alla idropisia del peritoneo. Sembra quasi lo stesso per l'anassarca che si manifesta dietro la compressione o la oblitterazione del tronco della vena cava inferiore. In questo caso avvi qualche cosa di più, cioè una dilatazione considerabile e qualche volta varicosa delle vene superficiali delle pareti addominali. All'anassarca, il quale si è manifestato prima alla faccia o alle mani, a quello nel quale lo infiltramento occupa contemporaneamente molti punti del corpo lontani gli uni dagli altri, come le palpebre, un membro la parete anteriore del petto, ec, si liga quasi sempre e necessariamente la esistenza di una malattia di Bright. Lo stesso accade per lo infiltramento che invade quasi di salto tutta la superficie del corpo. Se i reni erano esenti da alterazione, si cercherebbe allora la esistenza di qualche flemmasia del pericardio, del cuore dell'aorta, o uno stato pletorico, perchè queste malattie sono dopo le affezioni renali e le febbri eruttive la causa più ordinaria dell'anassarca che sviluppassi rapidamente. In fine sarà sempre agevol cosa riportare alla vera causa l'anassarca che à luogo

go dietro le febbri intermittenti prolungate, le febbri eruttive, o che è sintomatico di uno stato cachectico.

Pronostico.—L' anassarca è malattia sempre grave, e solo quello che manifestasi bruscamente sotto la influenza della plethora non offre alcun pericolo, e cede generalmente in poco tempo a' mezzi che gli si oppongono.

Cura.—Nella cura dell' anassarca, si terranno presenti le regole già date parlando delle idropisie in generale: nulla debbo aggiungere a precetti già dati; ma disgraziatamente si trovano casi ribelli a tutti i mezzi di già enunciati. La idropisia continuando allora ad aumentarsi, risveglia vivi dolori in seguito del distentimento della pelle; essa rende i movimenti delle parti difficili o assolutamente impossibili; allora urge la necessità di ricorrere ad alcuni mezzi chirurgici per evacuare il siero. Perciò sono stati consigliati i vescicanti, i setoni, i cauteri, medicamenti i quali giustamente sono stati abbandonati a' giorni nostri, perchè avevano l' inconveniente di risvegliare ne' punti ove si applicavano delle infiammazioni che quasi sempre finivano colla cangrena. Lo stesso pericolo dovrebbe temersi, se per evacuare il siero, si praticassero le scarificature, le incisioni lineari e superficialissime, o le piccole punture sulla pelle. Il Signor Roche dice di aver spesso impiegato con vantaggio le semplici punture praticate con un ago: era questo un mezzo che Willis avea molto raccomandato. Egli era nell' abitudine di fare ad un pollice di distanza le une dalle altre cinque o sei punture con un ago ordinario; le ripeteva spesso tutti i giorni, ed anche due volte nel corso delle ventiquattr' ore. È un metodo eccellente, e merita la preferenza a quello adottato dalla maggior parte de' pratici, il quale consiste a fare colla lancetta molto stretta una semplice incisione che interessa tutta la spesszza della pelle, avendo cura di scegliere un punto in cui questa membrana non sia molto sottile e libera da risipola. Se nonostante tutte le precauzioni la cangrena s' impadronisce delle labbra delle soluzioni di continuo, sarebbe a poco presso impossibile poter domare gli accidenti. J Copland consiglia non pertanto in simil caso l' applicazione delle compresse bagnate nell' olio essenziale di terebentina.

DELL' EDEMA

L' edema non differisce dall' anassarca se non perchè lo infiltramento, lungi dall' esser generale, è limitato ad una parte del corpo. Secondo la sede dello infiltramento bisogna distinguere gli edemi *sottocutaneo*, *sottomucoso*, *sotto sieroso*, *interstiziale* e *parenchimatoso*.

L' edema sottocutaneo offre gli stessi caratteri esterni dell' anasarca, riconosce la stessa etiologia; cioè che è quasi sempre sintomatico. Fenomeno frequentemente nella convalescenza, nell' ultimo periodo delle malattie croniche, occupa il più delle volte le membra inferiori, specialmente al livello de' malleoli e si liga comunemente alla debolezza degl' individui. Presenta tutti i caratteri di un edema passivo, cioè che la pelle è di un bianco matto, che la tumefazione è completamente indolente, e che conserva lungo tempo la impressione del dito. Non è però raro vedere l' edema che si manifesta durante la convalescenza delle malattie febbrili presentare la maggior parte de' caratteri dell' edema attivo, cioè che la pelle è scolorata, la pressione è dolorosa, la tumefazione resiste più di prima e conserva meno lungo tempo la impressione del dito. Quest' edema quasi sempre circoscritto ad una parte della gamba, offre qualche rassomiglianza coll' edema doloroso delle donne gravide. Torna difficile spiegarne lo svolgimento: niente dimostra che stia legato a qualche ostacolo della circolazion venosa o ad un' alterazione del sangue. Non però così di quello che spesso si sviluppa in certi individui dopo lunghi camini, specialmente in quelli che viaggiano molti giorni rinchiusi in una vettura colle gambe costantemente piegate. Qui l' edema si spiega benissimo per l' ostacolo che la circolazion venosa à sofferto; quindi alcuni giorni di riposo bastano per trionfarne completamente. Eccettuata le condizioni che abbiamo enumerate, si può dire che l' edema il quale occupa le due membra inferiori contemporaneamente, se non si liga alla presenza delle varici, è il primo grado di una idropisia che tosto o tardi addiverrà generale, e che il più delle volte è sintomatico di una malattia organica del cuore. Abbiám veduto pure che un ostacolo al corso del sangue nella vena cava inferiore poteva produrre lo stesso fenomeno. In fine l' edema che affetta sì spesso le membra inferiori nelle donne colpite da cancro dell' utero, si liga quasi sempre alla presenza de' grumi fibrinosi, aderenti, misti al detritus canceroso, e che rendono ostruite le vene iliache, crurali ed ipogastriche. Questo fatto l' ò molte volte osservato all' ospizio della Salpêtrière or sono diciassette anni. L' edema limitato ad una delle membra, indica quasi sempre l' ostruzione o l' oblitterazione di uno de' vasi che riportano verso il tronco il sangue di questo membro. Quindi lo edema permanente della gamba e del piede è spesso prodotto dalle varici, dalla compressione dell' aneurisma popliteo o inguinale, che un ernia crurale o un cinto erniario destinato a mantenerla, esercitano sulla vena principale del membro. Altre volte nella stessa fossa iliaca risiede la causa dell' edema; tali sono in particolare i tumori flemmonosi e gli aneurismi delle arterie iliache che comprimono le vene dello stesso nome. L' ede-

ma di uno de' membri superiori deve pur anche indurre il medico ad esplorare attentamente il cavo ascellare e la cavità toracica, perchè questo infiltramento dipende spesso dalla compressione che esercitano sulle vene delle membra diversi tumori solidi, e particolarmente quelli aneurismatici. Quando l'edema occupa la metà della faccia e del collo, bisognerà diagnosticare un ostacolo all'estremo della vena giugulare. In fine se la idropisia invade ad un tempo la metà superiore del tronco, come in un fatto veduto pochi anni fa dal Signor Chomel, e tale a quello che non à guari è pur anche osservato, si diagnosticherà un ostacolo come un tumore cancerigno de' mediastini, aneurisma dell'aorta, ec. che si oppongono al ritorno del sangue nella vena cava superiore. Un edema circoscritto, manifestandosi in un punto che è stato la sede di un tumore flemmonoso, è spesso il solo segno che indica la esistenza di un ascesso più o meno profondo. Ciò osservasi, per esempio, frequentemente per gli ascessi sotto aponevrotici delle membra, per quelli delle fosse iliache. In fine lo infiltramento sieroso di una metà della faccia è un fenomeno il quale solo, in alcuni casi, à indotto Chomel a cercare ed a conoscere un ascesso formato sul bordo alveolare di una delle mascelle, e dipendente quasi sempre dall'alterazione di un dente. Qui l'edema dipende ancora dall'ostacolo della circolazione prodotto dal gonfiamento delle parti. L'infiltramento sieroso che osservasi frequentemente all'intorno delle parti infiammate riconosce la stessa causa. Finalmente alcuni casi di cangrena spontanea delle membra sono preceduti, o almeno accompagnati da un edema considerabile, circostanza che deve far sospettare che uno de' principali ostacoli al corso del sangue risiede ne' tronchi venosi.

I fatti che precedono, e che avrei potuto moltiplicare di molto, dimostrano quanto sia grande il valore semiotico dell'edema. Questo si riconosce ordinariamente dal pallore della pelle e la depressione che si produce su questa membrana appoggiandovi il dito: quest'ultimo carattere però sembra mancare qualche volta. Quindi la depressione può essere non veduta; ma passando leggermente il dito ed a molte riprese sul luogo che è stato compresso, si distingue un leggiero incavo che tosto sparisce. Quando l'edema è ancora poco considerabile ed occupa soltanto lo strato più superficiale del tessuto cellulare, si osserva facilmente stringendo la pelle tra le dita, cioè che produce una depressione affatto caratteristica. Questo è il solo mezzo spesse volte per conoscere l'edemasia incipiente della parte superiore ed interna delle cosce.

La cura dell'edema è quella stessa dell'anasarca. Aggiungerò però che in un gran numero di casi, una convenevole posizione e tale da favorire la circolazione venosa, basta per far

scompare la malattia. Finalmente la compressione mediante una fascia, è uno de' mezzi più efficaci per guarire l'edema o per impedire di aumentare così rapidamente quando si lega ad una lesione permanente. Nell'edema doloroso della convalescenza, si avvolgeranno le parti con fomenti narcotici. Il dottor Graves il quale à pubblicato alcune ricerche a questo proposito, pensa che il miglior mezzo da opporsi a questa specie di edema consiste ad applicare sulla tumefazione delle membra i vescicanti volanti: questo metodo però ci sembra peggiore del male.

L'edema sotto cutaneo offre due importanti varietà a doversi studiare, cioè l'edema de' neonati e la *phlegmatia alba dolens*.

DELL' EDEMA DE' NEONATI

I neonati abbandonati negli ospizi sono frequentemente assaliti ne' primi giorni della loro nascita da un edema limitato qualche volta ad alcune parti, ma che d'ordinario invade quasi tutta la periferia del corpo. Siccome lo diremo in prosieguo, questa idropisia non presenta differenza alcuna dagli edemi ordinari. A torto dunque molti autori, fondandosi sopra alcuni fenomeni accidentali ed affatto estranei alla malattia ànno attribuito all'edema de' neonati alcuni caratteri che non presenta affatto, e per conseguenza lo ànno indicato impropriamente coi nomi di *sclerema, induramento, edema duro*.

Lesioni cadaveriche. — La malattia di cui è parola è veramente un edema; poichè incidendo dopo la morte i punti dove il gonfiamento à esistito durante la vita, sgorga una quantità più o meno considerabile di siero giallo che infiltra soltanto il tessuto cellulare sotto cutaneo, il quale da altra parte non offre alcun'altra alterazione (Valleix). Ne' cadaveri de' neonati morti per edema si trova il tubo digestivo iniettato spesse volte; il sistema sanguigno è zeppo di sangue; i polmoni sono spesso epatizzati; in fine, dietro le ricerche che il nostro amico il dottor Charcelay a pubblicate nel 1841 nel *Recueil de la Société médicale d'Indre et Loire*, i reni sarebbero quasi sempre la sede di qualche alterazione. Essi sarebbero ora ipertrofiati, o pure duri, resistenti, friabili; la sostanza corticale, in fine, sarebbe spesso anemica; giallastra, ipertrofiata, di aspetto granuloso. In una parola, si scorge che l'abile medico di Tours à trovato ne' fanciulli i quali morivano per edema del tessuto cellulare, alcune delle alterazioni che caratterizzano la malattia di Bright: quindi il Signor Charcelay stabilisce come proporzione generale che *l'edema de' neonati riconosce spessissimo per causa una nefrite albuminosa*. Molti dei fatti riportati dal distinto osservatore da me enunciato giustificano questo modo di vedere; non pertanto al cospetto delle numerose osservazioni raccolte a

Parigi, specialmente dal Signor Valleix e Billard, crediamo non potersi invocare un' affezione renale siccome causa di edema, se non che in casi affatto eccezionali. Il Signor Roger avendo studiato di fresco questa questione non à mai trovato i reni ammalati. In quanto alle pneumonie ed altre lesioni che si osservano in alcuni cadaveri, sono semplici complicazioni, alterazioni accidentali, per conseguenza senza ragione, alcuni le ànno considerate siccome la causa dell' edema de' neonati.

Sintomi, corso.—L'edema si sviluppa comunemente dal primo all'ottavo giorno dopo la nascita. Allo svilupparsi della malattia avvi un colorito generale livido, un freddo di tutto il corpo, maggiore agli estremi, assopimento più o meno profondo; respirazione incomoda, inspirazioni brevi. Tosto l'edema si manifesta a' piedi, alle mani, alla faccia, vi si mostra con i caratteri ordinari, e checchè ne abbiano detto alcuni autori, la pressione del dito produce un infossamento profondo che scompare lentamente, purchè però l'edema sia poco considerabile. A poco a poco l'infiltramento guadagna altre parti del corpo; la faccia è pallida, la pelle acquista un colorito violetto, spesso misto ad una tinta itterica; il raffreddamento aumenta a tal segno che Roger à veduto, in simil caso, il termometro piazzato sotto l'ascella discendere a 25, 23, 22, gradi. Il polso è a poco presso impercettibile; il pianto offre qualche cosa di particolare, è acuto, interrotto, estremamente debole, spesso soffocato e velato, fenomeno che d'ordinario non si liga, come àn preteso, a un edema della glottide (Valleix). Finalmente i fanciulli periscono pel progresso dell' asfissia o in conseguenza di una malattia intercorrente, e specialmente per una pneumonia. Quando la guarigione à luogo, la respirazione si rende più facile, il sopore finisce, e l'edema comincia a scomparire ne' punti che erano stati invasi gl' ultimi.

Diagnosi.—Torna impossibile poter confondere l'edema dei neonati con una *risipola edematosa*, perchè in questa la pelle, di un colorito carico, è spessita, protuberante, dura, e dolorosa al tatto. Alcuni autori ànno confuso coll' edema l'induramento adiposo, alterazione che i signori Dugès e Denis ànno descritto come una varietà dell'edema. Dalle osservazioni di Billard e Valleix però risulta che queste due affezioni non ànno niente di comune, poichè l'induramento del tessuto adiposo non è che un fenomeno cadaverico, e se si manifesta durante la vita, à luogo soltanto durante l'agonia, e quando il calore animale è già quasi estinto. Quindi Billard e Valleix ànno spesso osservato che molti fanciulli morti dopo molte ore, ed essendo ancora alla culla, avevano le membra pieghevoli e molli, mentre esaminandoli l'indomani all'anfiteatro si trovavano dure.

Pronostico.—L'edema de' neonati è una malattia gravissima, perchè quasi tutti i fanciulli che ne sono affetti periscono rapidamente.

Cause.—L'edema sembra più frequente ne' fanciulli deboli, caduchi, nati prima del tempo. Questa malattia si osserva raramente nella pratica civile, mentre è frequentissima negli ospizi. I dati statistici di Billard, de' signori Valleix e Charcellay, han provato che la impressione del freddo era la causa occasionale più frequente dell'edema; ciò spiega perchè la malattia è sì frequente negli ospizi, e perchè incrudelisce particolarmente durante la stagione fredda.

Cura.—I salassi sembrano i più vantaggiosi nella cura; quindi l'applicazione di una, due o tre sanguisughe sarà utile per combattere lo stato della congestione e della pletora (Billard e Valleix). Il Signor Charcellay ha ottenuto ancora buonissimi effetti da' bagni caldi ripetuti e prolungati: a Parigi si praticano senza vantaggi reali i bagni a vapore. Il fanciullo prima di tutto sarà garantito dal freddo, avvolgendolo nella flancella, e praticando sulla pelle le frizioni secche ed aromatiche. In fine se la debolezza è grande, si amministreranno alcuni tonici intermamente, come il vino la chinachina e le bevande aromatiche.

Natura.—L'edema de' neonati non può essere sempre una malattia assolutamente identica. Torna impossibile, siccome lo crede il Signor Charcellay, che esso sia sintomatico in alcuni casi di un' affezione renale; il più delle volte però il suo sviluppo si spiega per l'ostacolo nella respirazione e nella circolazione. Forse in fine l'edema costituisce in molti casi una malattia essenziale, la quale nello stesso modo di qualche anasarca che osservasi ad una età avanzata, sopravviene sotto l'influenza del raffreddamento, e forse per la diminuzione o la soppressione della respirazione cutanea.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

Sinonimia. — Edema doloroso, edema delle donne partorite, ingorghi, deposito di latte.

Le donne nel parto sono molte volte affette da un edema ordinariamente limitato agli estremi inferiori, accompagnato da una vivissima sensibilità delle parti ove à sede, e spesso complicato da diverse lesioni infiammatorie per parte del sistema linfatico e venoso, come pure dalle articolazioni del bacino.

Storia. — Questa malattia, sulla natura della quale non si anno che alcune nozioni poco precise, sembra essere stato descritto per la prima volta da Mauriceau, nel suo *Traité des femmes grasses*. Pinzot e Levret nelle loro opere sugli sgravi, ne diedero un quadro più fedele; però solamente verso il finir

dell' ultimo secolo White pubblicò su questa malattia delle ricerche molto più complete. (1) Da quel momento la *phlegmetia alba dolens* è stata l'oggetto d'importantissimi lavori in tutta Europa. Bisogna con particolarità distinguere quelli di Davis (2), di Lée (3) in Inghilterra, ed in Francia quelli de' signori Velpeau (4) e Boudant (5), Bouchut (6), Ghérard (7).

Anatomia patologica. — In quelle donne che muoiono per questa malattia si osservano lesioni diverse: quindi si sono rinvenute raccolte purulenti disseminate o diffuse nel tessuto cellulare sotto cutaneo, e tra gli strati muscolari delle membra inferiori; in altri si son veduti i gangli linfatici inguinali enfiati, ammoliti e suppurati. In questi casi si sono trovati alcune volte i linfatici voluminosi contenenti un pus flemmonoso e rossastro; questo fluido è stato pur anche osservato nel canale toracico. Altri medici, come Daris e Lée, hanno osservato il tronco delle vene crurali e le sue branche profonde, le vene ilache ed ipogastriche, infiammate, ripiene di grumi e di pus. In fine il Signor Velpeau à veduto le sinfisi del bacino flogosate, ripiene di pus, e le loro cartilagini ammolite. Di frequente si osservano sullo stesso cadavere delle molte lesioni che abbiamo esposte; però nessuna di esse potrebbe considerarsi siccome costituente il carattere anatomico della malattia; questa non à per lesione costante se non che un infiltramento sieroso delle membra inferiori. Le altre alterazioni non debbono dunque riguardarsi che come accidenti o complicazioni. Quindi avendo disseccato con molta cura il membro addominale di una donna, la quale, colpita da edema doloroso, morì con una peritonite intercorrente, non ò potuto vedere alcuna lesione ne' vasi. Il Signor Jacquemier cita un fatto, ed il Signor Smeets ne à pubblicato nel 1836 tre altri perfettamente simili.

Sintomi. — La malattia si manifesta raramente prima del quinto giorno dopo il parto o pure dopo il ventesimoquinto; il più delle volte essa si manifesta tra il decimo ed il quindicesimo giorno. Sviluppa raramente nelle due membra nello stesso tempo; la parte sinistra sembra essere più frequentemente affetta della destra: forse non esiste alcun esempio che abbia in-

(1) *Inquires into the and cause, ec., 1784.*

(2) *Memdico-chirur: transactions of London, 1823, et journal des progrès, t. 1.*

(3) *Med. chirur. transactions of London. 1829, et Traité des maladies des femmes.*

(4) *Archives de Médecine, t. VI, année 1824.*

(5) *Bulletin de la Société anatomique, année, 1828.*

(6) *Gazette. med. de Paris, année 1844.*

(7) *Thèse de la faculté de Strasbourg, année 1835.*

vaso le membra del torace. Quando la malattia incomincia, la donna prova un senso di peso, spesso un dolore vivo o ottuso in tutto il membro o solo nel terzo superiore ed interno; altra volta è limitato al poplite, all'inguine, o pure esistono alcuni gangli gonfi e dolorosi. Questo sintomo non può spiegarsi il più delle volte per alcun cambiamento esterno manifesto; ma tosto si osserva un gonfiamento il quale si estende progressivamente dall'alto in basso, che però qualche volta siegue un corso inverso. Questo gonfiamento è spesso preceduto, per lo spazio di uno o due giorni, da dolori più o meno vivi ne' punti che deve invadere; più spesso però questi due fenomeni si mostrano a poco presso nello stesso tempo. Il membro è pesante, incapace di moto; esso è la sede di dolori spontanei, vivi; la pelle è levigata, più o meno tesa, di color bianco di latte e lucida; la sua temperatura è più elevata; se si comprime, si risveglia un vivo dolore, si sente una resistenza, una specie di renitenza diffusa; qualche volta, si distinguono de' cordoni nodosi, formati da' linfatici voluminosi, indurati e dalle vene infiammate. Se il dito non può penetrare come in qualunque altra parte colpita da edema, ciò mi sembra dipendere dalla poca quantità di siero infiltrato, e dal perchè questo occupa specialmente il tessuto cellulare profondo, in guisa che per produrre una depressione, vi bisogna una fortissima pressione; però la sensibilità del membro non lo permette. La posizione che si dà alla malata non modifica affatto il gonfiamento di cui la parte è la sede. Molti medici, specialmente i signori Raige-Delorme, Duplay, Robert Lée, hanno citato, in questi ultimi tempi, molti fatti i quali provano che una circolazione collaterale si stabilisce; il che dimostra lo sviluppo insolito che acquistano le vene superficiali; questa circostanza però è rara. Le donne di cui è parola provano sete, anoressia, reazion febrile più o meno intensa, sudori abbondanti ed urine scarse. In fine le poppe si appassiscono, e la lochiazione diminuisce o si sopprime affatto.

Corso, esiti. — Dopo che questi accidenti han durato con maggiore o minore intensità per alcuni giorni diminuiscono poscia; la febbre cade, i dolori si calmano e l'ingorgo del membro si risolve. Di rado la risoluzione, esito più frequente della malattia, succede simultaneamente su tutta la estensione del membro, ma nella maggior parte de' casi, la coscia è quella che prima si sgorga, mentre la gamba ed il piede riprendono il loro volume un poco più tardi. La risoluzione è più o meno rapida; qualche volta passano due o tre mesi prima che essa sia completa; in generale vi bisognano due o tre settenari perchè abbia luogo. *La phlegmatia alba dolens*, dopo essere finita in un membro, può invadere quello che era rimasto sano, o ritornare in quello che è stato primitivamente affetto.

La phlegmatia alba dolens può aver un esito funesto meno per se stessa che per le complicanze che sopravvengono che, a torto sono state considerate siccome l'elemento essenziale della malattia. Quindi è che vaste suppurazioni possono denudare largamente i muscoli e la pelle del membro, o pure è una infiammazione delle sinfisi del pube, e sacro-iliache, una peritonite; finalmente il più delle volte è una flebite.

Diagnosi. — L'edema delle donne partorite è diverso di quello semplice pel dolore che lo precede e l'accompagna, per la impossibilità di mancare la impressione del dito, pel corso progressivo dall'alto in basso, è finalmente per la poca influenza che esercitano su di esso le diverse posizioni del membro. Torna inutile insistere affin di provare in che differisce la malattia dal flemmone; in quanto all'analogia che alcuni hanno stabilito tra lo edema doloroso ed il reumatismo, o coll'elefantiasi degli Arabi, vedremo in prosieguo, parlando di queste malattie, che questo ravvicinamento non è alcun fondamento.

Pronostico. — Il pronostico è grave soltanto in ragione delle complicanze che possono esistere, tutta volta ci mancano ancora segni precisi per poter calcolare il grado di mortalità e le condizioni che influiscono maggiormente sull'esito funesto. L'edema doloroso, quando esiste senza complicazioni, termina quasi sempre in modo favorevole.

Etiologia. — La *phlegmatia alba dolens* è una malattia rara; White, Hull, Thomas, il Signor Velpeau sono di accordo su questo fatto. Io ne ho osservato un solo esempio in cinquecento donne o più che nel 1835 partorirono all'Hôtel-Dieu, o che partorite in città, furono trasportate poco dopo nelle sale al servizio dove io era a quell'epoca destinato. La malattia di cui è parola affetta soltanto le donne partorite; i fatti che si dicono osservati nell'uomo non appartengono probabilmente a questa malattia. Le cause dello edema doloroso sono quasi sconosciute. Sembra che questa malattia si manifesti in preferenza dopo l'impressione del freddo: quindi sembra essere più frequente ne' paesi freddi, umidi e durante l'inverno. Per molto tempo la *phlegmatia alba dolens* è stata considerata siccome lo effetto della soppressione de' lochi e del latte; queste opinioni però oggi giorno sono perfettamente cadute nel discredito; in fatti mancano di una dimostrazione fondata.

Cura. — L'edema doloroso richiede l'uso degli antisflogistici: il salasso generale è indicato quando il polso è vigoroso; le sanguisughe, sulle membra ammalate, specialmente agl'inguini ed al terzo inferiore della gamba calmano molto i dolori. Gli ammalati saranno inoltre immersi in un bagno tiepido che durerà per quanto più possibile: le membra saranno avvolte dai fomenti emollienti e narcotici; finalmente nello interno, si am-

ministreranno le bevande sudorifere, diuretiche e lassative per favorire il lororio risolutivo. Il Signor dottor C. Smeets dice avere ottenuti felici effetti dallo emetico a dose generosa prescritto nel periodo più acuto della malattia. In fine quando qualunque infiammazione è cessata, e la sola tumefazione del membro continua, si praticherà una compression metodica mediante una fascia. Il gonfiamento raramente è ribelle a questo mezzo.

Natura.—Le più diverse opinioni sono state emesse sulla natura della *phlegmatia alba dolens*: quindi gli uni l'hanno riguardata siccome costituita da una flemmasia de' vasi e de' gangli linfatici (Moore,) Hufeland, Struve, Velpeau, Deneaux;) altri la creano una flebite (Davis, Lée, Baudant, Blandin, Andral), anche una nevrite (Albers, Dugès) una infiammazione del tessuto cellulare (Duncan, Steffen); alcuni hanno considerata l'edema doloroso, siccome sintomatico di una malattia delle articolazioni delle pelvi (Velpeau) o di una irritazione delle parti contenute nel bacino (Bruns, Busch). Più di recente infine, il Sig. Velpeau in una delle sedute dell'Accademia (13 giugno 1843) ha manifestata la opinione che lo edema doloroso aveva per elemento principale la infiammazione de' vasi linfatici del centro del membro, infiammazione la quale si propagava consecutivamente alle vene. Tutte queste lesioni però, che si considerano siccome quelle che formano l'elemento anatomico della malattia, non debbono considerarsi, secondo noi, se non che come complicanze o lesioni puramente accidentali. Ripetiamolo che nella *phlegmatia alba dolens*, non avvi altra lesione necessaria costante se non che lo infiltramento del tessuto cellulare. L'edema doloroso non sarebbe dunque, a nostro modo di vedere, se non che una specie d'idropisia essenziale, che una insolita segregazione la quale si effettua nel tessuto cellulare sotto la influenza di cause ancora indeterminate, e specialmente del freddo. Questa opinione è a poco presso quella adottata dai signori Cloquet, Aug. Berard e Morcau. La idea generalmente divulgata oggi giorno, la quale farebbe della *phlegmatia alba dolens* una *flebite*, è la meno fondata, poichè durante la vita non si osservano i segni di assorbimento e d'infezione che anno luogo in molte infiammazioni venose: aggiungiamo che lo edema si sviluppa dall'alto in basso, cioè in senso inverso di quello che si determina con una ostruzione delle vene; infine la malattia, quando è semplice non è mai mortale; essa è grave solamente per le complicazioni. Ma se la malattia non è costituita da una flebite, ciò non pertanto bisogna convenire che la infiammazione delle vene è una delle sue complicazioni più comuni. Ora assale una vena importante, il più delle volte però è circoscritta ad un vaso di piccolo calibro, e la cui alterazione non saprebbe conseguentemente spiegare i disturbi locali osservati durante la vita.

IDROPISIE CEREBRO-SPINALI

Il Sig. Magendie à dimostrato che esisteva normalmente nel cranio e nella midolla un fluido sieroso, la cui quantità è in ragione inversa dello sviluppo e del volume dell'asse cerebro spinale. Questo liquido, ch'ei chiama *cefalo rachidiano* situato tra l'aracnoide e la piamadre, avvolge in tutte le parti la midolla ed il cervello, e bagna pure le cavità incavate ne'lobi cerebrali, nel cervelletto, nella midolla allungata e la protuberanza annulare; circola liberamente in tutti questi punti. Ed esso il quale aumentandosi oltremodo, costituisce l'idropisia de' centri nervosi. Però non è questa la sola sorgente del fluido sieroso il quale può formarsi nel cranio è nella midolla. In fatti è dimostrato che alcune volte i versamenti sierosi esistono esclusivamente o simultaneamente nella grande cavità aracnoidea; ma bisogna convenire che questi casi sono affatto eccezionali. Gli accumuli sierosi della midolla sono chiamati *idrorachia*, quelli del cranio *idrocefalo*. Questo è stato distinto in *acuto*, *cronico*, *perperacuto* o *apoplessia sierosa*. In fine il siero si è veduto infiltrare lo stesso cervello, questa lesione è stata distinta sotto il nome di *edema cerebrale*. Passeremo sotto silenzio questa lesione nel presente capitolo, la quale è eccessivamente rara, e della quale il Signor Etoc à stabilito per carattere costante la stupidità; ne parleremo quando si farà parola dell'alienazione mentale.

DEL IDROCEFALO ACUTO

Storia.—L'idrocefalo acuto, intravveduto da Duverney figlio, nel 1701, indicato nel 1732 e 1733 in Inghilterra, fu descritto alcuni anni dopo come malattia distinta da Rob. Whytt. Da quell'epoca la malattia fu l'oggetto di molteplici ricerche in Inghilterra, in Alemagna, in Svizzera, in Francia e negli Stati Uniti. Indicata dapprima siccome una forma d'idropisia dell'aracnoide e de' ventricoli, descritta come malattia essenziale ed indipendente da qualunque lesione organica, il versamento sieroso fu considerato per lungo tempo siccome quello che costituisce il solo carattere anatomico della malattia, e quello che spiega l'apparato de' sintomi osservati durante la vita. A misura però che l'anatomia patologica è stata praticata con maggior cura, tosto la persuasiva menò a conchiudere che, nella malattia la quale veniva descritta sotto il nome d'idrocefalo acuto, il cervello e più spesso le meningi erano la sede quasi costante di differenti lesioni recenti, di natura infiammatoria, di cui il versamento sieroso ne era la conseguenza soltanto. A malgrado di questa scoperta, alcuni dotti pratici, tra i quali bisogna citare

Dance, continuarono a considerare l'idrocefalo acuto siccome una malattia distinta, differente da tutte le altre malattie cerebrali per lo accumulo di un liquido intercranico considerato siccome necessario allo sviluppo de' principali sintomi. Uno studio ancor più completo de' fatti però è provato poscia, che questa ultima proposizione era affatto inesatta; dappoichè si sono assicurati della impossibilità di poter rattodare, specialmente al versamento, alcuno de' sintomi della malattia; che questa era unicamente subordinata alla natura ed alla sede delle lesioni delle meningi e del cervello, e che i disturbi funzionali non presentavano alcuna differenza, o che esistesse o pur no versamento sieroso o sero-purulento. Da tutto ciò che precede, concludiamo, con i signori Black o Guersant (1), che gli autori hanno arbitrariamente applicato due o anche tre diverse denominazioni ad una sola ed unica malattia, e che quasi costantemente i versamenti sierosi acuti nel tessuto sotto aracnoideo, o ne' ventricoli, sono l'effetto secondario di una meningite, o di una meningoencefalite semplice o tubercolosa, o pure di un ammolimento semplice o complicato da infiammazione. (Vedi gli articoli *Meningite semplice e tubercolosa*, *Encefalite ed Ammolimento del cervello*.) Potrà però dirsi che l'idrocefalo acuto tal quale lo descriveva poscia Whytt siccome idropisia essenziale, non esiste affatto? Per me non ardirei sostenere ciò; sin ad ora però non si rapporta alcun fatto concludente, e se si vuole ammettere la esistenza, si deve piuttosto invocare l'analogia anzichè le osservazioni cliniche, le quali sin ora sono state negative. Nello stato attuale della scienza, crediamo dunque che non bisogna ammettere altra idropisia essenziale del cervello e delle meningi meno quella che indicheremo sotto il nome di *apoplessia sierosa*.

DELL' APOPLESSIA SIEROSA

Sotto i nomi di *apoplessia sierosa*, *d'idropisia cerebrale perperacuta*, o *d'idrorragia*, i medici hanno descritto una malattia caratterizzata anatomicamente da una grande quantità di siero nello interno del cranio, producendo la perdita istantanea e più o meno completa del senso, del moto e della intelligenza. Alcuni autori moderni però hanno creduto poter negare la esistenza di questa malattia. Quindi Abercrombie, avendo osservato mortali apoplessie, senza lesione cerebrale, avendo osservato dall'altra parte de' versamenti considerabili nel cranio nelle persone le quali non avevano presentato durante la vi-

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. IV, p. 502, art. *Hydrocephale*.

ta alcun sintomo apopletico, si è conchiuso che i versamenti sierosi che alcune volte si osservano nel cervello di coloro morti con sintomi apopletici, non sono affatto la causa di questi accidenti. Mi pare però che da' fatti precedenti non possono risultare le conclusioni dedotte da Abercrombie. In fatti se in alcuni casi si è rinvenuta una grande quantità di siero nel cranio, quantunque durante la vita, nessun sintomo di compressione cerebrale abbia esistito, ciò dipende forse dal perchè la esalazione avendo avuto luogo a poco a poco, il cervello ha potuto per così dire abituarsi alla sua presenza. Quindi è che vedremo tra poco, parlando degl' idrocefali cronici, che i versamenti considerabili di siero, ma lentamente formati, non determinano alcun sintomo di compressione, mentre che ciò non si avvera, quando, la esalazione anormale del fluido sieroso a luogo bruscamente; il cervello è soggetto ad un tratto ad una forte pressione; allora si osservano accidenti analoghi a quelli che abbiamo veduto prodotti da un versamento sanguigno nella cavità aracnoidea. Aggiungiamo in fine che il siero trovato in certa quantità nel cranio di coloro che non hanno manifestato alcun sintomo di apoplezia, non si è formato spesso se non che pochi istanti prima della morte, allora sta in rapporto colla lunghezza dell' agonia (Louis). I fatti di vera apoplezia sierosa sono oggi incontestabili; il Signor Magendie ne à osservati moltissimi casi alla Salpêtrière; il Signor Martin — Solon ne à pubblicato un caso curiosissimo nel 4.^o volume del *Journal hebdomadaire*, ed io stesso ne ò veduti molti manifestarsi negl' idropici.

Anatomia patologica. — Le circumvoluzioni sono spesso piene, il cervello ordinariamente pallido, quasi esangue: in generale la cavità dell' aracnoide priva di versamento. Questo esiste esclusivamente nel tessuto cellulare sotto aracnoideo, o nella cavità de' ventricoli, qualche volta in questi due punti contemporaneamente. Quando il versamento è considerabile, l' aracnoide è sollevata, il setto lucido può esser lacerato, i ventricoli laterali in questo caso confusi, e formano colla terza una cavità unica. Il siero è generalmente scolorato, qualche volta chiaro, limpido come l' acqua, e poco o nulla albuminoso, siccome Valsalva e Morgagni lo hanno sperimentato. La sua quantità varia, essa può essere 62 gramme soltanto, altre volte arriva a due bicchieri (Andral). D' altronde difficilmente nell' autopsia si rinviene tutto il liquido che si è versato durante la vita: in fatti risulta dalle ricerche non ancora pubblicate di un medico per quanto stimabile altrettanto dotto, il Signor Nat. Guil- lot, che il cervello è un organo eminentemente igrometrico; e che assorbe, dopo la morte, una gran parte de' liquidi stravasati. Quando il cervello si è impregnato in tal modo di siero, sembra più umido, ed a misura che si riduce in pezzi si vede

gemere il siero a guisa di gocciolte. Questo liquido sembra avere operato qualche volta una specie di macerazione su certe parti del cervello; perciò osservasi qualche volta il setto, la volta a tre pilastri, e le pareti degli stessi ventricoli ammolli e ridotti in una specie di polpa biancastra. Questo fenomeno è puramente cadaverico, il quale spiegasi per la imbibizione sierosa, senza aver bisogno d'invocare, come Morgagni, una pretesa acrimonia del liquido. In somma il liquido cefalo-rachidiano esiste in maggior quantità, senza che questa ipersecrezione potesse essere spiegata da alcuna lesione materiale distinta delle meningi o del cervello.

Sintomi, corso. — L'apoplessia sierosa invade in due modi, l'uno graduato, brusco l'altro. Nel primo caso, gli ammalati si lagnano di una cefalalgia gravativa, soffrono sonnolenza; i sensi sono indeboliti, le facoltà intellettuali ottuse; qualche volta avvi delirio. Questi sintomi si aggravano, gl'individui cadono a poco a poco in uno stato comatoso con risoluzione generale e paralisi.

Quando l'apoplessia sierosa si manifesta bruscamente, gli ammalati perdono ad un tratto la conoscenza; le quattro membra sono in una risoluzione completa; le pupille dilatate, immobili, il polso lento, la sensibilità abolita; la respirazione stertorosa; il viso è indifferentemente pallido, rosso o violaceo. Finalmente dopo una durata la quale varia tra alcune ore e molti giorni, gli ammalati periscono; altri riprendono a poco a poco la conoscenza; il movimento e la sensibilità rinascono progressivamente, e pochi giorni sono sufficienti, ed anche poche ore perchè tutti i sintomi di compressione cerebrale spariscano. Quindi nell'apoplessia sierosa, si osserveranno come fenomeni distintivi: 1.° uno sviluppo istantaneo; 2.° la risoluzione completa di tutte le membra; 3.° la rapida cessazione degli accidenti, quando la malattia à un esito felice. Si è detto che quando il versamento occupa un sol ventricolo laterale la emiplegia doveva essere una soltanto. La cosa è possibile; però sin ora non esiste alcun fatto che potesse legittimare questa opinione: la osservazione del Morgagni invocata in suo favore, non è affatto concludente.

Diagnosi. — Manca qualunque segno che potesse far distinguere un'apoplessia sierosa da una emorragia o da una congestione cerebrale con risoluzione completa di tutte le membra. Il pallore della faccia, la lentezza del polso, lo stato cachetico degl'individui, che gli antichi avevano indicati siccome caratteri distintivi di apoplessie sierose, non ànno alcun valore, poichè da una parte mancano spessissimo, e dall'altra si osservano nelle apoplessie sanguigne.

Pronostico. — Il pronostico è gravissimo, poichè quasi tutti gli ammalati periscono.

Etiologia. — L'apoplessia sierosa assale in specialtà i vecchi ed i deboli, quelli esinaniti da lunghe malattie. Abbiamo già detto che qualche volta si osservava in coloro colpiti da anasarca o da ascite, quando una parte del siero essendo stato bruscamente assorbito si trovava portato da una specie di metastasi verso il cervello. Il Signor dottore Lasserre, à pubblicato nella *Gazette médicale* de 1843 una serie di fatti i quali provano che queste diffusions sierose dello encefalo non sono rarissime nelle donne di fresco partorite, le quali sono affette da anasarca o da edema degli arti inferiori.

Cura. — Gli antichi aveano proibito il salasso in tutti i casi di apoplessia sierosa: ciò non pertanto tornerebbe utile il salasso se il polso fosse forte e duro. Lo spossamento degli infermi o la estrema picciolezza del polso possono solamente controindicare il salasso. In tutti i casi bisogna provvocate i flussi artificiali o aumentare certe segrezioni: quindi s'insisterà su i purganti energici come i drastici; si amministreranno le bevande diuretiche, e si applicheranno su diverse parti del corpo, specialmente alla nuca ed agli arti inferiori larghissimi vescicanti.

DELL' IDROCEFALO CRONICO

L'idrocefalo cronico è spesso congenito, altre volte si sviluppa solamente dopo la nascita.

Caratteri anatomici. — L'idrocefalo, specialmente quando è congenito o che si è sviluppato prima della ossificazione completa delle suture, si accompagna ad un aumento considerabile nel volume della testa: questa è pure più o meno alterata nella sua forma; quindi la circonferenza del cranio di un feto maturo o di un fanciullo lattante à potuto ascendere à 40 o 50 centimetri, aveva pur anche acquistato 1 metro 40 centimetri in un ragazzo di sei mesi, del quale il pezzo patologico è stato depositato nel museo di Cruikshank, dove è stato veduto da G. Fank. Questo volume enorme del cranio forma un contrasto rimarcabilissimo colla faccia, che rimane proporzionata al resto del corpo. D'altronde l'ampliazione del cranio à luogo esclusivamente a spese della volta, mentre la base conserva a poco presso le normali diminuzioni. Il cranio non solo è aumentato di volume, ma è ancora più o meno deforme ed irregolare. Le ossa hanno di rado il lor grado di naturale spessezza; ora sono assottigliate, trasparenti, simili ad un foglio di carta (Breschet), mentre altre volte la loro spessezza può essere doppia e tripla di quello lo è nello stato fisiologico. In fine si trovano ora larghi spazi membranacei che separano le ossa tra esse al livello delle suture; altre volte queste sono completamente ossificate. La testa, allora regolarmente con-

formata, à un volume naturale; altra volta è molto più piccola; ma in quest' ultimo caso il cervello è atrofiato, qualche volta esiste soltanto allo stato di rudimenti, o manca completamente; allora lo spazio lasciato sempre vuoto nel cranio è pieno di siero. Breschet che à pubblicato nel *journal de Magendie*, e nel tomo XV du *Dictionnaire de médecine*, eccellenti articoli sull' idrocefalo, à riportato molti fatti di questo genere. Nella maggior parte de' casi; il siero è accumulato ne' ventricoli; questi possono essere talmente distesi che le circumvoluzioni e le anfrattuosità si cancellano: il cervello è allora ridotto in una specie di saccoccia o di ciste sierosa; la sua struttura è omogenea, e torna quasi sempre impossibile distinguere tra esse la sostanza midollare e la sostanza grigia. Quest' alterazione non è incompatibile colla vita, ed anche con un certo grado d' intelligenza. Dopo i ventricoli, il siero si spande specialmente nel tessuto cellulare della pia madre, poscia nella grande cavità dell' aracnoide; è stato pur anche osservato, dicono, ammassato tra la dura madre e le ossa del cranio, o pure tra la dura madre e lo strato parietale dell' aracnoide, e sin anche nel ventricolo del setto, siccome Breschet ne à riportato moltissimi esempi. La quantità del siero contenuto nel cranio è variabile; si è osservato da 4, 5, e 10 chilogrammi; il cranio che G. Frank à esaminato nel museo di Cruikshank avea contenuto 13 chilogrammi $1\frac{1}{2}$ di liquido.

Prima di dar termine, debbo dire una parola di quelle raccolte sierose le quali per alcuni individui sono una specie di stato fisiologico. Si osservano in tutti coloro il cui cervello subisce in conseguenza del progresso della età e per effetto di una malattia, un' atrofia, una diminuzione parziale o generale del suo volume. Le pareti ossee non potendo seguire allora il cervello nel suo contrarsi, esisterebbe nel cranio uno spazio vuoto, se questo non fosse tosto riempito da una ipersegregione del fluido cefalo rachideo: questo fatto è stato perfettamente stabilito dalle ricerche di Magendie.

Sintomi, corso. — Malgrado la contraria assertiva di Feiler, l' idrocefalo cronico non può diagnosticarsi quando il fanciullo è ancora chiuso nel seno materno. Durante il travaglio del parto, si conoscerà che la malattia à un tumore a larga superficie, di variabile consistenza ne' diversi punti della sua estensione, poco convesso, che ricopre tutto il distretto superiore senza impegnarvisi: esso è teso durante le contrazioni uterine, molle e fluttuante nel loro intervallo; in fine il dito distingue gli spazi membranacei, alcune volte considerevoli, poichè possono avere la estensione della palma della mano. L' idrocefalo giunto a questo grado può impedire o ritardare il parto, ed addiuvare la sorgente di speciali indicazioni che si troveranno esposte ne' libri di ostetricia.

I caratteri dello idrocefalo congenito variano poco dopo la nascita. Abbiamo veduto alcune volte che la testa aveva un piccolissimo volume; allora era più o meno deforme; d'ordinario è acuminata ed appianata sulla fronte e su ciascun lato. La fisionomia è priva di espressione; le membra gracili, senza forza, la voce debole; la deglutizione qualche volta è difficile; gli ammalati sono voraci, e malgrado ciò la nutrizione è molto languida; in fine la maggior parte di quest' infelici muoiono poco dopo il loro nascimento nel coma e nelle convulsioni. Si ricordino che in questo caso il cervello manca in parte o in tutto, cioè che avvi mostruosità. Nello idrocefalo cronico la testa conserva ancora il suo volume ordinario, quando la malattia a luogo molti anni dopo la nascita, e ad un' epoca in cui la ossificazione delle fontanelle è completa. Alcune volte però le suture, abbenchè riunite, ma che non per anco hanno acquistato tutto il loro grado di solidità, cedono allo sforzo di espansione del liquido che trovasi nel cranio; in questo caso una o molte suture si aprano di bel nuovo, le ossa presentano un allontanamento considerabile, il che è stato molte volte osservato ne' fanciulli i quali furono colpiti da idrocefalo verso la età di otto a dieci anni.

Quelli addivenuti idrocefali più o meno lungo tempo dopo la nascita non presentano sempre gli stessi fenomeni: la maggior parte sono tranquilli e balordi; più di rado borbottoni, sgarbati, e turbulenti; quasi sempre dormono per molto tempo ed hanno sonno pesantissimo. Alcuni sono molto svelti nella intelligenza, e possono conservarla intatta sino all' ultimo momento; non pertanto nella maggior parte le facoltà cerebrali sono ottuse, la parola difficile, la percezione lenta, il sentimento di amore negativo o poco sviluppato. Gli ammalati godono raramente della integrità de' loro sensi. Se l' udito e forse l' odorato ed il gusto sono raramente aboliti o pervertiti, non così avviene della vista, la quale è frequentemente diminuita o estinta, e della sensibilità tattile della pelle, la quale è spesso minore e qualche volta completamente abolita. Molti di questi ammalati presentano lo strabismo; alcuni sono paralizzati in una o molte membra. La maggior parte però possono sostenersi sulle loro gambe; ma il loro camminare è mal sicuro; cadono spesso; molti durano fatica a mantenere la testa in equilibrio; il suo peso li trascina ora da una parte, ora dall' altra. Alcuni anno di tempo in tempo de' movimenti convulsivi, irregolari ed epiletiformi. Esercitando colla mano una compressione sulla testa, spesso si può produrre momentaneamente lo assopimento, la paralisi o le convulsioni. Il più delle volte si distingue manifestamente la fluttuazione al livello delle fontanelle; l' ascoltazione del cranio dà soltanto risultati negativi, chechè ne abbia detto un medico a-

mericano. La nutrizione è quasi sempre intatta; molti sono voraci e digeriscono bene. Però ad un'epoca più o meno avanzata si veggono i sensi, intatti allo sviluppo, pervertirsi, poi abolirsi; la sensibilità generale si abbatte e si estingue; i muscoli cessano di contrarsi, la deglutizione è difficile, l'urina e le materie fecali scappano involontariamente. In fine l'appetito, abbenchè si conservi sino all'ultimo, il più delle volte però molti fanciulli cadono nel merasmo senza che esista alcuna lesione o diatesi che potesse spiegarlo.

La morte è l'esito costante dello idrocefalo congenito ed anche di quello che si manifesta poco dopo la nascita; sino ad ora non sembra esistere alcun caso bene autentico di guarigione. Quasi tutti gl'idrocefali muoiono giovani; la maggior parte periscono anche nelle prime ore o ne' primi giorni dopo la nascita. I casi d'idrocefali che han vissuto sino a venti, trenta, quarantotto, cinquantaquattro ed anche settantanove anni, sono eccessivamente rari, e non possono distruggere la regola generale. La morte ha luogo ora nel coma, per i progressi della paralisi, ora in un accesso convulsivo; molti ammalati periscono con una malattia intercorrente. Se lo idrocefalo è curabile, cosa molto dubbiosa per noi, ignoriamo ancora i cambiamenti che hanno luogo consecutivamente, sia nel cervello, sia nel cranio. Uno de' nostri più antichi amici, del quale piangiamo la morte prematura, Antonio Andral, credeva che l'idrocefalo poteva guarire. A parer suo, se il versamento si assorbiva dopo la ossificazione delle fontanelle, il cranio non potendo più ritornar su di se stesso per attaccarsi al cervello, le ossa dovevano rendersi più spesse alla loro faccia interna per empierne il vuoto. Questa opinione però è soltanto ingegnosa, e niente dimostra che sia fondata.

Diagnosi. — A primo aspetto sembra impossibile poter confondere l'idrocefalo con un'altra affezione, specialmente in ragione della rimarcabile ampliazione del cranio. Questo però può dilatarsi in conseguenza di una ipertrofia del cervello: quest'ultima malattia però è rara, e differisce dall'idrocefalo in quanto che, in opposizione a ciò che osservasi per questo, si vede lo sviluppo del cranio operarsi lentamente senza eccitare quasi alcun disturbo funzionale, poi manifestandosi ad un tratto accidenti acuti uccidono l'ammalato. Questi caratteri però non sono tanto costanti da formarne un elemento certo di diagnosi; in fatti possono fornire sole presunzioni. Pur tuttavia l'idrocefalo essendo incomparabilmente più frequente della ipertrofia cerebrale, si dovrà, ne' casi dubbi, supporre sempre piuttosto la esistenza della prima di queste affezioni anzichè della seconda. Il rachetismo che colpisce le ossa del cranio le rende spesse, e talmente difformi da far credere la esistenza d'un idro-

cefalo; torna pur anche difficile qualche volta poter evitare l'errore. Però nel caso di rachitidi, siccome l'osservano Rilliet e Barthz, lo sviluppo della testa non è affatto uniforme come quando esiste un'ampiezza generale: si direbbe allora che delle protuberanze appianate sono state sopraggiunte alla parte media delle ossa; ed il dito palpeggiando la superficie del cranio sente facilissimamente il punto dove l'osso comincia a farsi più spessito: aggiungiamo ancora che i segni di rachitide si osservano sulle altre parti dello scheletro. Per completare la diagnosi, si dovrebbe, dopo aver riconosciuto la esistenza di un idrocefalo, determinare la causa che l'ha prodotto; la cosa però ci sembra a poco presso impossibile nello stato attuale della scienza.

Pronostico. — Il pronostico è pericolosissimo in tutti i casi; in fatti, la morte è a poco presso inevitabile. Dico a poco presso, poichè si citano alcuni casi di guarigione; questi fatti sono però autentici?

Etiologia. — Le cause dell'idrocefalo cronico sono ignorate. Torna dunque inutile ripetere tutto ciò che si è detto a questo riguardo. Da tutto quel che è detto nell'anatomia patologica, si vede che l'accumulo del siero nel cranio dipende frequentemente dalla imperfezione del cervello o dalla mancanza di alcune delle sue parti. Altre volte, l'idropisia esiste collo sviluppo regolare dell'organo; allora sembra esservi stato aumento della segregazione del fluido cefalo-rachidiano; però è impossibile poter conoscere sotto quale influenza questa ipersecrezione à avuto luogo. Spesso dipende da una disposizione organica sconosciuta che può conoscersi sin dal secondo mese della gestazione, siccome lo à veduto Oslander, e riprodursi nella donna per molte gravidanze successive; quindi è che G. Frank à veduto un'ebrea la quale, addivenuta madre otto volte, diede alla luce sette figli idrocefali. Frequentissimamente però l'idrocefalo si liga alla esistenza di qualche lesione accidentale del cervello o delle meningi, come i tubercoli, tumori fibrosi, cisti apopletici, ec. Non sempre riesce facile dire in che modo queste lesioni agiscono per determinare il versamento sieroso: in alcuni casi però, questa à potuto essere stata spiegata per l'ostacolo della circolazione, per la compressione che i tumori esercitano su i seni, sulle vene cerebrali, specialmente su quelle di Galeno, che sono le vene ventricolari. Il Signor Barrier à citato a questo riguardo, nel tomo 11° del suo *Traité des maladies de l'enfance*, due curiose osservazioni; molte altre sono state riportate dal Signor Magendie nelle *Recherches sur le liquide cephalo-rachidien*. Questo medico à veduto in fatti le raccolte molto considerabili di liquido aver luogo nel cranio al disotto dell'aracnoide, in seguito della compressione che un tumore esercitava sul quarto ventricolo, sul condotto di Sylvius,

sulle vene di Galeno, ec. Ammettendo però tutti questi fatti, siamo lungi dal credere, con i signori Rilliet e Barthéz, che il maggior numero degl' idrocefali siano l' effetto della compressione delle vene intercraniche; pensiamo invece che questa causa è rarissima; almeno si osserva in casi eccezionali.

Cura.—Numerosissimi rimedi sono stati proposti contro l'idrocefalo, e sempre senza successo; quindi è che anno raccomandato i bagni e le frizioni aromatiche, la terebentina, i mercuriali, gli esutori. In fine anno proposto di evacuare il liquido a poco a poco o tutto ad un tratto. Questa operazione, fatta dai pratici più abili, tentata molte volte in Francia da Dupuytren e Breschet à sempre fallito in persona mia. Si citano però alcuni casi di guarigione definitiva, osservati specialmente in Inghilterra ed in Prussia. Quantunque questi fatti debbono accettarsi con riserva, li crediamo però sufficienti per autorizzare un medico a ricorrere alla puntura degl' idrocefali, perchè questa sola cura è quella che ancora può lasciare qualche speranza di salute in una malattia la quale abbandonata a soli mezzi della natura, deve presto o tardi produrre la morte.

DELL' IDRORACHIA

Sotto il nome d' *idorachia* bisogna comprendere tutti gli accumuli di acqua nel canale rachidiano. L' idrorachia è dunque per questo ciò che l' idrocefalo è per il cranio. Si distinguono due specie d' idrorachia, secondo che la malattia è semplice o accompagnata ad un vizio di conformazione per arresto di sviluppo, consistente nello spostamento o nella mancanza di una o molte lamine vertebrali. Quest'ultima forma à ricevuto il nome speciale di *spina bifida*.

L' idrorachia semplice è una malattia sulla quale non possiamo alcun dato preciso. Sappiamo che sotto l' influenza di una lunga agonia si può trovare nel canale vertebrale, come nel cranio, una maggior quantità di liquido cefalo-rachidiano. È pur conosciuto che in certe atrofie della midolla, lo stesso liquido riempie, il vuoto che rimane il ritirarsi della sostanza nervosa; a ciò si limitano a poco presso le nostre conoscenze. Si è però supposto che vi poteva essere un apoplezia sierosa per la midolla come ne esiste una pel cervello. Si è pur anche attribuito alla presenza di una maggior quantità di liquido nella spina certe debolezze delle gambe, certe paraplegie che offrirebbero ciò di rimarcabile, cioè che gli accidenti si farebbero più gravi nella stazione e nella posizione assisa, cioè quando il liquido è accumulato sopra un punto a strati spessi, mentre diminuirebbero nella posizione orizzontale, in ragione del siero disseminato sopra una maggiore superficie. Queste idee sono

molto razionali, ma credo essere state date piuttosto a priori che dietro le osservazioni cliniche. Nello stato attuale della scienza, la storia della idrorachia semplice deve ancora darsi, e possediamo soltanto dati positivi su quella che si complica alla *spina bifida*.

DELLA IDRORACHIA CON SPINA BIFIDA

La spina bifida è una malattia congenita, caratterizzata da uno o molti tumori sierosi, fluttuanti, situati lungo la spina, che comunicano colle membrane della midolla, che formano ernia allo esterno, per la mancanza o lo allontanamento delle lamine delle vertebre corrispondenti.

Anatomia patologica.—Il tumore della idrorachia si osserva comunemente alla region lombare, rarissimamente alla region cervicale; in generale è rotondo, la sua base è larga o pedunculata; il suo volume varia da quella di una nocella sino a quello di una testa di un adulto. La pelle è generalmente intatta a questo livello; ma se il tumore è voluminosissimo, i tegumenti sono assottigliati, violacei rossastri. Quando il tumore si rompe durante la vita intrauterina, si trova appassito; al suo centro esiste una cicatrice agrinzita e aderente alle parti sottostanti. In generale, non avvi che un tumore; se ne esistono due o tre, comprimendo uno di essi si fanno gonfiare gli altri. Aprendoli, si osserva che il canale rachidiano manca di parete ossea in dietro, sia per le mancanza reale degli archi laterali di una o molte vertebre, sia, cosa più frequente, pel semplice allontanamento. Il liquido che n' esce è sieroso; la sua quantità può ascendere ad una o molte libbre. Il più delle volte occupa quasi esclusivamente lo spazio sotto aracnoideo; altre volte però, e ciò non può essere contrastato, si trova appena in questo punto, mentre l'accumulo è manifestamente luogo nella cavità della stessa aracnoide. In questo caso è lecito credere aver avuto luogo, ad una certa epoca della malattia, una rottura per distentimento sullo strato viscerale dell' aracnoide. La midolla è ora intatta, ora in parte distrutta, ammolita o atrofiata, libera o aderente alle pareti del tumore. È facilissimo vedere queste molto aderenti e confondersi con i nervi che formano la coda di cavallo. L' idrorachia coesiste qualche volta coll' idrocefalo.

Sintomi, corso.—Per dar termine a ciò che è detto de' caratteri del tumore, aggiungerò che questo è qualche volta più o meno trasparente; esso si fa più teso, più renitente per la posizione verticale, e qualche volta quando il fanciullo grida; il più delle volte però si gonfia durante la espirazione, e si abbassa durante la inspirazione: finalmente si sono pur anche osservati alcuni movimenti isocroni a quelli del polso (Cruveilhier).

Il doppio movimento che osservasi nel tumore durante la respirazione spiegasi siccome lo à benissimo stabilito il Signor Longet nella sua eccellente opera sul sistema nervoso, per la disposizione differente dei seni della dura madre e de' plessi venosi intrarachidiani. I primi, collocati tra i due strati fibrosi, sono incomprendibili, e non variano affatto ne' movimenti respiratori; i secondi poi ànno le pareti libere, e per conseguenza sono sottoposti alle alternative di dilatazione e di stringimento, siccome tutte le vene del corpo. Or il sangue venoso affluendo da tutte le parti del corpo verso il petto durante l'atto della inspirazione, allora si forma un vuoto nel canale rachidiano: questo vuoto è immediatamente riempito dal liquido cerebrale, il quale è per così dire aspirato nella cavità rachidiana. Reciprocamente, durante la espirazione, le vene intrarachidiane gonfiandosi, distendendosi, il liquido obedisce a questa compressione e rifluisce verso l'encefalo. La pressione fa spesso scomparire completamente il tumore, senza che d'ordinario ne risulti alcun accidente; altre volte la motilità e la sensibilità sono diminuite o estinte nelle membra inferiori. In fine, se la idrorachia si accompagna all'idrocefalo, si può, comprimendo il tumore spinale, far refluire il siero sin dentro il cranio; ed allora si vede il coma o le convulsioni.

La maggior parte dei fanciulli colpiti da idrorachia muoiono poco dopo la nascita. La morte è altrettanto più sollecitata in quanto che il tumore è situato più in alto: Se la vita si prolunga poco, i fanciulli rimangono deboli; quasi tutti sono paraplegiaci; il tumore addivenendo grosso, si ulcera finalmente e si vuota allo esterno: allora il liquido si fa torbido, fetido, purulento, dal perchè l'aracnoide s'infiamma; la morte è la conseguenza necessaria di questa complicità. Si cita però un caso in cui l'apertura spontanea del tumore fu seguita dalla guarigione (Terris), e molti altri in cui, malgrado un gemitio permanente dall'apertura rimasta fistolosa, la esistenza si prolungò per venti, ventinove ed anche trent'anni: bisognerebbe però domandare con Olliver d'Angers se in questi casi realmente esisteva una idrorachia. Molti fanciulli de' quali è parola perirono per effetto di una malattia intercorrente.

Etiologia.—L'idrorachia è una malattia assai frequente; è il vizio di conformazione che Chaussier à trovato il più frequentemente dopo il piede storto (pied-bot); egli l'ha osservata trenta due volte ne' 22,293 fanciulli nati o depositati alla Maternité. Le cause della malattia sono tanto sconosciute quanto quelle dell'idrocefalo cronico. Il Signor Cruveilhier à pensato che la causa occasionale della *spina bifida* era un'aderenza morbosa della midolla e delle sue membrane con i tegumenti; aderenza antecedente alla formazion cartilaginea delle vertebre. Questa spie-

ga può essere abbracciata quando la midolla, o pure i nervi della coda equinea sono aderenti al tumore; però questa disposizione non esiste nella maggior parte de' casi.

Cura.—Tra i moltissimi mezzi proposti per la cura radicale della idrorachia, tre meritano di fissare la nostra attenzione; sono questi, la compressione, la puntura e la estirpazione. La compressione che può usarsi con una fascia concava analoga al brachiere adottato per mantenere cert' ernie, à prodotto molte volte guarigioni radicali; il più delle volte à servito soltanto come mezzo palliativo a mantenere il tumore già ridotto. La compressione sarà praticata con vantaggio ogni qual volta il tumore è poco voluminoso e quando l'apertura che lo fa comunicare colla spina non è molto larga. Le punture ripetute del tumore, impiegate sole o combinate colla compressione, secondo il modo d' Ast, Cöoper, ànno prodotto la guarigione completa in molti casi d' idrorachia. I segni però sono più numerosi de' felici successi. In fatti queste punture ànno l'inconveniente d'infiammare spesso le membrane, e di più si possono facilmente ferire i nervi e la midolla, i quali come abbiamo detto, sono molto aderenti alla parete cutanea del tumore. Nel 1841 il Signor Dubourg, medico a Marmande pubblicò nella *Gazette médicale* due casi di guarigione di *spina bifida* operata dalla estirpazione del tumore e la riunione della piaga mediante la cucitura intralciata. Il Signor Dubourg dice di potersi ricorrere al suo metodo ogni qualvolta l'apertura di comunicazione colla colonna non oltrepassa 3 centimetri di diametro. Ne' casi malaugurati in cui il tumore abbandonato a se stesso si apre spontaneamente, bisogna, coll' aiuto della compressione, impedire che l'aria penetri il meno possibile nel focolaro, e bisogna pure preservare il tumore dagli strofini e da tutte le cause d'irritazione che potrebbero infiammare ed ulcerare la pelle.

DELL' EDEMA DE' POLMONI

Definisco, con Laënnec, l'*edema de' polmoni*, un infiltramento di siero nel tessuto polmonale, portato ad un grado tale che l'organo addiviene notabilmente meno permeabile alla impressione dell'aria.

Storia.—Questa lesione, benchè frequentissima, non à fissato affatto l'attenzione de' modici se non che verso la metà dell'ultimo secolo; però fu Laënnec quello il quale, il primo, ne precisò i caratteri anatomici ed indicò i segni propri a farla conoscere.

Caratteri anatomici.—L'edema invade raramente tutto intero un polmone: esso è circoscritto, il più delle volte, al suo

lobo inferiore; le parti dell'organo così infiltrate hanno allo esterno una tinta di un grigio pallido o giallo fulvo pallido. Il polmone, più denso, più pesante; meno crepitante, meno elastico, non si abbassa che quando si preme: conserva la impressione del dito, nello stesso modo come quando si preme l'edema sottocutaneo. Quando s'incide l'organo, zampilla una quantità variabile di siero più o meno scolorato e poco schiumoso. Questa parte del polmone sembra contenere meno sangue del solito; il tessuto dell'organo è coerente; qualche volta però sembra più friabile, il che dipende da una specie di macerazione operata dal fluido stravasato. Il più delle volte però basta premere il polmone e far uscir via il siero che lo penetra perchè riprende a poco presso la sua normale consistenza. D'altronde si conosce la struttura cellulare dell'organo. Raramente si osservano al centro delle parti edematose i noccioli apopletici o la epatizzazione. Laënnec è di parere che nello edema polmonale, una parte del siero è stravasata nelle cellule, e l'altra infila le loro pareti; quest'ultimo fatto è ben lungi dall'essere ancora provato. La osservazione anatomica porta piuttosto a pensare che la maggior parte del siero infila il tessuto cellulare che separa le vescichette fra loro. Lo edema de' polmoni guadagna qualche volta anche le antiche aderenze della pleura, le quali, in ragione della loro rilasciatezza, offrono spesso un aspetto gelatinoso: questa stessa apparenza può osservarsi per lo stesso polmone, quando lo edema invade il bordo tagliente dell'organo e la quantità del siero stravasato è molto considerabile.

Sintomi.—Lo edema de' polmoni presenta soltanto segni equivoci. Comunemente non esistono nè dolori nè incomodo notevole nella respirazione. Laënnec indica alcun poco di dispnea, tosse, una espettorazione acquosa, lo sputo di una pituita senza colore, molto fornita di aria e simile ad una leggiera soluzione albuminosa. Questi segni però non hanno alcun valore, poichè sono comuni a molte altre malattie, e mancano spessissimo nello edema. Quando lo infiltramento de' polmoni è considerabile, la percussione del petto praticata a questo livello può dare un suono oscuro. L'ascoltazione farà pure scovrire nello stesso punto una diminuzione nella intensità del mormorio respiratorio; si sentirà di più un rantolo sotto crepitante le cui bolle sono umide e più o meno numerose. La maggior parte de' medici attribuiscono troppo valore a questo rantolo sottocrepitante, che esiste comunemente alla parte posteriore ed inferiore dell'uno e dell'altro polmone; in fatti questo non saprebbe mai caratterizzare lo edema, ed altra cosa non può indicare meno che un fluido più o meno viscoso e sparso nelle cellule polmonali; questa esalazione però può dipendere tanto dall'edema quanto da una bronchite capillare, ed anche da una pneumonia. Quando però

i fenomeni morbosi osservati mediante la percussione e l'ascoltazione esistono nelle parti più declivi de' due polmoni, quando perdurano per lungo tempo nello stesso punto, sarà cosa ragionevole supporre la esistenza di un edema polmonale. Pur tuttavia non si potrà averè alcuna certezza a questo riguardo. Si comprende finalmente che quando lo edema è molto, quando, per esempio, lo infiltramento sieroso è tale che il polmone offre un aspetto gelatiniforme, la percussione devè presentare un suono matto più o meno completo, ed il mormorio vescicolare deve cessare; però sembra che non si possa ascoltare nè il soffio bronchiale nè la broncofonia. Lo edema non è accompagnato da febbre; à un corso generalmente lungo ed a poco presso indeterminato. Il Signor Andral però ammette una forma di edema polmonale il cui sviluppo sarebbe brusco, ed acquisterebbe rapidamente grande intensità per produrre la morte in mezzo ad uno stato di soffocazione simile a quello che determina l'edema della glottide. In altri casi, il corso della malattia sarebbe meno rapido, poichè lo edema potrebbe prolungarsi per molti giorni, ma la morte avrebbe luogo in mezzo allo stesso apparato sintomatico. Mi guarderei bene di negare la possibilità di simili accidenti quando l'edema si sviluppa rapidamente, ed invade la maggior parte de' polmoni; però non ancora è osservato un fatto di simil genere, e non è potuto trovare alcun' autentica relazione negli autori; quindi la esistenza di un edema idiopatico ed acuto nel suo corso non mi sembra ancora dimostrata.

Diagnosi. — La mancanza di puntura nel lato, della febbre, de' sputi ruginosi, la persistenza del rantolo sotto-crepitante nello stesso punto senza esservi sostituito dal soffio tubario, non permetteranno di confondere il primo grado della polmonia coll' edema. Al contrario questo appena differisce per i suoi sintomi e pel suo corso, dalla congestione passiva, colla quale coesiste spessissimo. Se lo edema fosse tanto intenso da oscurare il suono e rendere il rumore respiratorio quasi negativo, sarebbe difficile distinguerlo da un versamento pleuritico leggero e circoscritto. La impossibilità però di far cambiare colla posizione i risultati di percussione e di ascoltazione renderà più probabile la esistenza di un edema polmonale. Il rantolo sotto-crepitante confermerà questa diagnosi senza renderla però certa, poichè si è veduto questo rantolo prodursi qualche volta ne' casi d'infiltramento sieroso delle false membrane cellulari della pleura senza edema del polmone. Uno de' fatti più curiosi che si conosce ed offre tutte le garanzie possibili di esattezza è stato osservato dal professor Walsh di Londra, e pubblicato in un piccol ma eccellente libro, nel quale quest' abile medico à riassunto con precisione tutto ciò che à rapporto colla diagnosi delle malattie de' polmoni (*This physical diagnosis of diseases of the lungs*, London, 1843).

Pronostico. — Se esistesse la forma acuta dello edema, il suo pronostico sarebbe gravissimo. Per la forma cronica, non mi è sembrato affatto ravvicinare notabilmente il termine fatale delle malattie nel corso delle quali si manifesta.

Etiologia. — L'edema de' polmoni è una malattia raramente primitiva, e si manifesta quasi sempre consecutivamente a diversi stati morbosi. I vecchi, i deboli, i convalescenti ne sono spesso affetti. Lo infiltramento sieroso de' polmoni riconosce le stesse cause delle altre idropisie che precede ed accompagna quasi sempre. Lo edema de' polmoni è specialmente una complicazione quasi costante delle malattie organiche del cuore. Laënnec avea preteso che quasi tutte le polmonie in risoluzione si accompagnavano allo edema per un tempo più o meno lungo: io però ho provato nel mio *Traité pratique de la pneumonie* che questa opinione non era affatto dimostrata.

Cura. — Lo edema polmonare essendo quasi sempre sintomatico, la sua cura è subordinata alla malattia che lo edema complica. Quindi se esiste nello stesso tempo di una malattia organica del cuore, un salasso praticato può diminuirlo o farlo cessare diminuendo l'ostacolo della circolazione e della respirazione. L'individuo è debole, anemico, i ferruginosi, i tonici, gli analeptici sarebbero indicati. In tutti i casi, specialmente in quelli dove non esiste alcuna indicazione predominante bisognerà insistere su i purganti, su i diuretici e su i rivellenti cutanei. Se gli ammalati saranno costretti di guardare il letto abitualmente, si varierà spesso la posizione, per impedire la formazione di congestioni passive che avrebbero per effetto necessario di produrre o aumentare lo infiltramento sieroso.

DELL' IDROTORACE O DELL' IDROPISIA DELLE PLEURI

L'idrotorace è caratterizzato da un accumulo di siero in una delle pleuri o in tutte due contemporaneamente. Malamente alcuni autori hanno confuso sotto questa denominazione quasi tutti i versamenti delle pleuri, tanto i sierosi come i purulenti. Pel pronostico come per la cura non bisogna commettere una simile confusione. L'idrotorace, tal quale lo abbiamo definito; è la malattia volgarmente chiamata *idropisia di petto*; essa è frequentissima, ma forse non è mai primitiva o idiopatica; quasi sempre, e forse sempre, è sintomatica di qualche preesistente malattia. Un versamento più o meno considerabile di siero, che varia da 60 a 100 gramme, si osserva nelle pleuri all'apertura di un terzo e più de' cadaveri. Questi accumoli, quasi costanti negl' individui che periscono dietro una malattia del cuore, e specialmente dietro la malattia di Bright, mancano più di frequente negli etici, ne' quali il Signor Louis non li ha os-

servati che nella decima parte degl' individui. Questa differenza dipende dal perchè ne' tubercolosi esistono comunemente le aderenze più o meno estese e spesso generali tra i polmoni e le pleuri, disposizione la quale impedisce che il versamento abbia luogo. La più parte di queste raccolte sierose si formano durante l' agonia, ed allora sono lo effetto del disturbo profondo che la respirazione e la circolazione sperimentano negli ultimi istanti della vita; i versamenti delle pleuri che si manifestano in queste condizioni oltrepassano raramente 120 gramme. Quando poi l' idrotorace è sintomatico di una malattia organica del cuore, di una malattia di Bright, e di tutte le lesioni de' solidi e de' liquidi, esse possono produrre la diatesi sierosa, si vede il versamento manifestarsi ad un' epoca più o meno lontana dalla morte; allora si conosce da' segni speciali, e costituisce una complicazione più o meno grave, che può accelerare il termine fatale. In riassunto, credo che l' idrotorace non si manifesta affatto come affezione secondaria o consecutiva; la causa può quasi sempre trovarsi in un ostacolo della circolazione cardiaca o polmonale, o in un' alterazione del sangue. Dunque sono indotto a disputare contro l' idrotorace idiopatico, tanto più che nessun fatto autentico non ancora ne à dimostrato la possibilità; tutti quelli citati come tali altro non sono che pleurisie acute o croniche, malattie che non è più permesso di confondere co' versamenti semplicemente sierosi delle pleuri.

Sintomi, corso, diagnosi, prognosi. — L' idrotorace non determina mai nè dolore nè febbre. Se è considerabile, o se occupa le due pleuri, produce la dispnea, l' oppressione; si osservano in oltre tutti i segni fisici che caratterizzano i versamenti pleuritici (vedi *Pleurisia*). Quindi ne' punti in cui la raccolta sierosa esiste, avvi suono matto, mancanza di respirazione, qualche volta soffio tubario, ecofonia: quest' ultimo fenomeno va soggetto alle stesse alternative, come quando si liga alla esistenza di un versamento infiammatorio. Nell' idrotorace, i fenomeni di percussione e di ascoltazione possono più facilmente variarsi, a seconda le posizioni che si danno all' ammalato, che ne' casi di pleurisia, perchè ne' primi non si formano aderenze all' intorno del versamento; questo però potrebbe essere circoscritto mediante le briglie la cui formazione rimonderebbe ad un' epoca lontana. Torna inutile dire che quando un lato del petto è ripieno nella totalità o quasi intieramente, non si modificano mai colle differenti inclinazioni del tronco i risultati di ascoltazione e di percussione. Nell' idrotorace il suono matto occupa raramente più de' due terzi del petto, ed il versamento è di rado tanto considerabile per dilatare sensibilmente questa cavità. Avendo riguardo a tutte queste differenze, e specialmente agli accidenti, alle malattie concomitanti, a' sintomi gene-

rali, alla mancanza della febbre e del dolore, si potrà distinguere l'idrotorace dalla pleurisia sia acuta o cronica.

Il corso dell'idrotorace è subordinato a quello della malattia di cui esso è il sintomo. Si osserva pure comunemente da un giorno all'altro un aumento o una diminuzione considerabile del versamento, abbeccchè nella malattia principale non abbia avuto luogo alcun fenomeno che spieghi questi cambiamenti.

L'idrotorace è sempre una complicanza pericolosa che aumenta le sofferenze degli ammalati, producendo un impedimento nella respirazione, o accrescendolo quando esiste. In fine, se l'idrotorace avesse luogo rapidamente e ne' due lati del torace contemporaneamente, potrebbe produrre la morte o accelerarla di molto.

Cura. — Bisogna insistere sull'uso de' purganti o de' diuretici, quando niente li controindica; si applicheranno i vescicanti volanti sul petto; finalmente se il versamento fosse troppo considerabile e se minacciasse di produrre l'apoplessia, bisognerebbe evacuarla mediante una semplice puntura praticata col tre quarti, come nella operazione della paracentesi. Se l'idrotorace non fosse il più delle volte sintomatico di una malattia incurabile, si potrebbero sperare migliori risultati dalla toracentesi praticata per questa malattia che per quella ne' casi di pleurisia cronica, e ciò per la integrità della pleura, e perchè il polmone, non essendo affatto imbrigliato da false membrane, si lascia dilatare più facilmente dall'aria. Checchè ne sia, bisognerà vuotare il liquido ogni qual volta che, pel suo accumulo troppo grande, determina gli accidenti di soffocazione, o quando la respirazione tarda troppo ad effettuarsi. Numerosi fatti, moltissimi de' quali sono stati analizzati nel tomo V° del *Compendium de médecine*, dimostrano che la toracentesi può essere un mezzo curativo. È dunque una speranza che non bisogna trascurare, e bisogna abbandonare le prevenzioni che la generalità de' medici conserva ancora contro questa operazione, la quale, in verità, torna quasi sempre infruttuosa, ma che poi non reca alcun pericolo.

DELL' IDROPERICARDO

Nella maggior parte di quelli che muoiono in seguito di una malattia acuta o cronica, si trova nel pericardio uno, due o tre cucchiaini di siero citrino o leggermente sanguinolento, versamento il quale, come quello della pleura, sembrerebbe aver luogo durante l'agonia, e riconosce le stesse cause di quest'ultimo. Quando il versamento del pericardio oltrepassa 125 gramme, ci sembra non doversi più considerare co-

me cadaverico; dunque questo è il termine che mi par convenevole di fissare per indicare il punto dove comincia l'idropericardo.

La maggior parte degli autori dividono l'idropericardo in idiopatico o essenziale ed in sintomatico; ma non possiamo che ripetere ciò che dicemmo poco fa dell'idrotorace, cioè che questi fenomeni sono sempre sintomatici di una delle numerose affezioni che producono le altre specie d'idropisie. Il versamento sieroso del pericardio si trova specialmente nel corso della malattia di Bright, poichè allora si osserva in un quarto de' casi; si manifesta ancora quasi sempre consecutivamente a versamenti sierosi del petto, e del tessuto cellulare.

Manca ancora alla scienza un fatto autentico, il quale potesse dimostrare che un idropericardo siasi mai sviluppato primitivamente in seguito di una ipersegrezione attiva della sierosa. Ne' casi riportati come tali, è esistito manifestamente una pericardite più o meno estesa: il pericardio conteneva dunque, oltre il siero, una maggiore o minor quantità di fiocchi albuminosi, tali quali si trovano nelle infiammazioni di tutte le membrane sierose.

Caratteri anatomici.—Il siero citrino o sanguinolento varia per la quantità; così qualche volta se ne trova stravasato solamente 125 a 150 gramme, mentre altre volte se ne può trovare sino a 4 chilogrammi, siccome la osservato una volta Corvisart. Quando il versamento è tanto considerabile, il pericardio è necessariamente disteso, il cuore è spinto in dietro; il suo tessuto è qualche volta più pallido, ed il pericardio offre in alcuni casi un colore lattescente o d'un bianco sporco. Finalmente i polmoni, il diaframma, lo stomaco, il fegato e la milza sono spostati o respinti, siccome l'abbiam veduto in certe pericarditi croniche con considerabile versamento.

Sintomi.—I segni locali dell'idropericardo sono quelli stessi della pericardite acuta o cronica con mollissimo versamento. Siccome per questa esiste una gonfiezza della regione precordiale, un suono matto estendendosi sopra una superficie più o meno larga, può variare più o meno in un senso o nell'altro, secondo le posizioni che si danno agli ammalati. Sotto l'ascollazione, i rumori del cuore sono oscuri, lontani, qualche volta non si avvertono più. Corvisart à detto che da un momento all'altro si potevano sentire i battiti dell'organo ora a dritta, ed ora a sinistra, il che spiegherebbesi perchè il pericardio, dilatato dal liquido, permetterebbe al cuore di nuotare, per così dire, e spostarsi in questo modo con molta facilità. Questo segno osservato da Corvisart, non sembra essere stato verificato da molti medici; però Illope ed il Signor Pigeaux ne hanno fatto menzione, e specialmente il dottor Requin, che l'à osservato una

sol volta. Finalmente in quest' idropericardi voluminosissimi, si potrebbe qualche volta, all' esempio di Senac vedere un movimento ondulatorio prodotto dall'onda del liquido nell' intervallo della terza, quarta, o quinta costa. In questo punto si potrebbe anche sentire la fluttuazione, siccome Convisart lo à sperimentato una sola volta: nessuno però, sin ora, à trovato questi fenomeni. Diciamo non pertanto che se mai si osservassero di bel nuovo, sarebbero affatto caratteristici di un versamento abbondante nel pericardio.

Nell' idropericardo, non avvi dolore, ma soltanto un senso di peso e di oppressione, e qualche volta ortopnea; la faccia è violacea; il polso è piccolo, frequente, e se lo edema delle estremità inferiori non esiste pel fatto di una malattia anteriore, può svilupparsi sotto la influenza del versamento del pericardio. Perchè questi fenomeni abbiano luogo, bisogna che il siero stravasato sia in molta quantità, perchè se in mediocre, le funzioni del cuore non sarebbero disturbate, o poco, il che devesi attribuire alla lentezza colla quale il versamento à avuto luogo. Ne' casi poi in cui succede rapidamente, può, anche in poca quantità, produrre un gran disordine nelle contrazioni cardiache. L' idropericardo può restare per qualche tempo stazionario siccome accade nell' idrotorace, o pure aumentare o diminuire in poco tempo. La sua durata è indeterminata.

I segni precedentemente indicati faranno scovrire la presenza del liquido nel pericardio, anche quando questo versamento è mediocre; poichè non ammettiamo, con Laënnec, che i mezzi fisici di esplorazione de' quali disponiamo, ci permettono di conoscere soltanto l' idropericardi considerabilissimi, cioè quelli ne' quali avvi almeno 500 gramme di siero. Per determinare quale sia la causa dell' affezione, bisognerà aver riguardo agli antecedenti, al corso della malattia ed alle affezioni concomitanti.

La gravezza del pronostico sarà proporzionata all'abbondanza del versamento; nulla però può essere ancorà stabilito a questo riguardo.

Cura.—Passerò sotto silenzio i mezzi generali che conven-gono a tutti i casi d' idropisia, e che per conseguenza sono applicabili all' idropericardo. Dopo Senac, gli autori àno proposto di dare uscita al liquido stravasato, mediante la operazione chirurgica. Gli uni àno consigliato la semplice puntura (Senac), altri la incisione tra le cartilagini della sesta e settima costa (Desault), o pure la incisione dopo aver anticipatamente trapanato lo sterno (Laënnec); in fine, si è anche proposto, dopo aver vuotato completamente il siero, d' iniettare un liquido irritante, per provocare, come nell' idrocele, una infiammazione adesiva. La esperienza però non acora si è pronunziata sul va-

lore di questi diversi metodi di cura. In quanto alla idea di spingere nel pericardio una iniezione irritante, è una pratica che gli uomini più dotti raccomandano; però manca ancora di essere sanzionata dalla esperienza. In tutti i casi, è un mezzo che credo pericolosissimo; e non vorrei averne responsabilità in alcun caso.

DELL' ASCITE

L'accumulo del siero nella cavità del peritoneo à ricevuto il nome di *ascite*. Alcuni autori hanno anche applicato la stessa denominazione allo infiltramento delle pareti del ventre (*ascite sotto cutaneo*), al versamento del siero nella guaina de' muscoli retti (*ascite vaginale*), o pure in una cisti sviluppata nel peritoneo (*ascite cistica peritoneale*); o in uno de' visceri addominali (*ascite viscerale*). Queste malattie però differiscono moltissimo dall'ascite propriamente detto per poter essere descritte insieme e confuse sotto un nome comune.

Storia.—L'ascite, che dopo l'edema è la forma più comune delle idropisie, è stato conosciuto sin dalla più remota antichità. La parola che serve ad indicarlo gli è stata data forse a causa della simiglianza che effettivamente esiste tra il ventre ripieno di siero ed un otre (*ασχιος*) egualmente disteso da un liquido. Gli antichi, abbenchè considerassero l'ascite siccome una malattia quasi sempre essenziale, idiopatica, hanno però cercato in diverse epoche, di ligarla alla esistenza di qualche lesione materiale; specialmente ad un'alterazione del fegato (Galenò), o alle diverse lesioni organiche de' principali visceri addominali (F. Hoffmann). Le ricerche di anatomia patologica, continuate con zelo dopo il Morgagni, hanno avuto per effetto di restringere viemmaggiormente il numero di asciti idiopatici, mentre che mezzi esploratori più precisi permettevano di non confondere le idropisie addominali colle numerose malattie che hanno con esse qualche simiglianza. Andiamo debitori a' lavori dei signori Andral, Bouillaud, Dugès, Piorry, Reynaud, Rostan, della precisione colla quale possiamo oggi stabilire la diagnosi della malattia non che la sua natura.

Etiologia.—Esiste certamente un'ascite idiopatico per la sua origine, e che presenta quasi sempre la forma stenica. Si osserva a poco presso ne' giovani, robusti; succede alla soppressione di una emorragia, e più spesso alla impressione del freddo, siccome avviene dietro l'introduzione di una bevanda ghiacciata a corpo riscaldato e sudato. Altre volte un'eccitamento troppo forte degli organi addominali, come quello che determina l'uso o piuttosto l'abuso de' purganti drastici, è stato seguito qualche volta da un versamento sieroso del ventre; abbiamo

osservato ciò spessissime volte dietro la cura della colica saturnina col metodo della Carità. In questi casi, nessuna lesione materiale capace di spiegare la idropisia può essere rinvenuta; sembra allora che questa abbia luogo sotto l'influenza soltanto di un eccitamento particolare del peritoneo; il quale si spiega per una ipersecrezione del liquido. L'ascite però è quasi sempre sintomatico. Questa malattia può manifestarsi sotto l'influenza di tutte le cause che presiedono allo sviluppo di tutte le altre idropisie, e che torna superfluo enumerarle di bel nuovo. La maggior parte delle cause non determinano l'ascite se non che dopo aver prodotto altre idropisie, specialmente lo edema di alcune parti del corpo. Tra le lesioni però, ve ne sono alcune che sembrano essere più specialmente cause di ascite, poiché quando producono la diatesi sierosa, ciò avverasi dopo avere anticipatamente prodotto un versamento peritoneale: tali sono la ipertrofia della milza e del fegato, l'atrofia di quest'ultimo viscere e la sua alterazione conosciuta sotto il nome di scirrosi, il restringimento della vena porta, la peritonite tubercolosa. Infine, ne' cancri uterini, quando la degenerazione, estendendosi verso il basso fondo della vescica, guadagna l'orificio degli ureteri, si vede presto formarsi un'ascite che scompare in seguito, quando il tessuto ammalato ammollendosi ed ulcerandosi, l'urina può affluire più liberamente nella vescica. Dietro la molteplicità delle cause di ascite, si comprende che questa malattia deve essere comunissima; in fatti si osserva a tutte le età; si è veduta pur anche nel corso della vita intrauterina; il volume che il ventre acquista allora può addivinire una causa di distocia.

Anatomia patologica.—Da ciò che procede, si comprende quanto siano numerose e variate le alterazioni che si rattrovano all'apertura de' cadaveri. In quanto al versamento istesso, è più o meno abbondante. Raramente il ventre contiene meno di un litro di liquido; spessissimo la sua quantità ascende sino a 30, 40 ed anche 50, si dice pur anche averne estratto sino a 50 chilogrammi. Questo liquido è qualche volta poco lattescente o rossastro; può contenere alcuni fiocchi albuminosi; il più delle volte è di color giallo citrino o verdastro, senza odore, rarissimamente a un odore nauseante e fetido; al tatto presenta qualche volta una consistenza oleosa, ed in opposizione a quel che generalmente si è detto, il Signor Andral non l'ha trovato più albuminoso di quello proveniente da tutte le altre idropisie che abbiamo sin ora studiate. Pochi anni or sono, il Signor de la Harpe dice aver trovato sul siero di alcuni ascitici una certa proporzione di fibrina che si coagulava spontaneamente e che formava un grumo simile a quello che si forma nella fibrina del sangue. Secondo l'abile medico dell'ospe-

dale di Losanna, questo principio non si troverebbe affatto che negli asciti sténici, in quelli i quali, per servirmi dell'espressione del Signor de la Harpe, sarebbe intermedio tra la semplice esalazione sierosa o la peritonite, con produzioni di false membrane. Diciamo però che le osservazioni di questo medico non sono affatto concludenti; crediamo che la presenza della fibrina non è stata da esso stabilita dietro sufficienti caratteri.

Il siero stravasato nel ventre produce diverse lesioni. Quindi, se la collezione è molta, e le pareti del ventre sono state distese, si rinvencono quasi tutti i muscoli, e specialmente i muscoli retti, pallidi, assottigliati, e come atrofiati; lo stesso avviene degl'intestini, i quali sono spinti verso la parte superiore del ventre: in fine il peritoneo parietale e viscerale offre spesso un colore opaco, una tinta lattiginosa, che risulta probabilmente dalla macerazione che questa membrana à subito dalla maggior parte dell' fluido stravasato.

Sintomi.—Quando il siero si forma nel peritoneo il ventre aumenta a poco a poco di volume; gli ammalati si lagnano dapprima di sentirsi stretti dalle vestimenta, e questo incomodo aumenta di più dopo il pranzo, quando lo stomaco è disteso dagli alimenti. Se si esamina allora il ventre, si trova più o meno deforme; se lo ammalato è ritto o assiso, l'ipogastrio e le regioni iliache formano una protuberanza più o meno considerabile, se poi è coricato orizzontalmente, i fianchi sembrano più larghi; in fine, se lo ammalato s'inclina sopra uno de' lati, la protuberanza del ventre si scolpisce nel punto più declive. A misura però che il versamento addiviene più abbondante, si vede aumentare la tensione del ventre, la cui circonferanza può essere doppia o tripla dello stato normale. Succede spesso allora che la cicatrice ombelicale è sollevata, e forma un piccolo tumore molle, fluttuante, trasparente, la quale si stende ogni qualvolta gli ammalati tossiscono o fanno de' sforzi. La percussione del ventre presenta un suono affatto matto in tutti i punti che il liquido occupa: il suono matto è tanto più completo e la resistenza sotto il dito tanto più forte in quanto che lo strato del liquido offre più spessezza. Questi fenomeni ànno dunque il loro maximum d'intensità all'ipogastrio e verso i fianchi: essi diminuiscono ravvicinandosi alla parte superiore; in fine, si arriva ad un punto più o meno vicino all'ombelico, dove il suono matto è meno completo ed esiste alcun poco di elasticità, ed è quello che indica la linea del livello del liquido. Al di sopra di questo punto avvi un suono timpanitico dipendente dagl'intestini, i quali dotati di un peso specifico più considerabile, in ragione de' gas che contengono, nuotano al di sopra del versamento. Per dimostrare questi fenomeni, conviene percuotere dapprima leggiermente, per non spostare il liquido. Per scovrire però

lo stato delle parti profonde, per misurare la spessezza dello strato del liquido, o per assicurarsi che nessun'ansa intestinale non è mantenuta al centro del versamento da qualche antica aderenza, bisognerà comprimere la parete addominale, e percuotere a misura che si avvicina di più alla colonna vertebrale. In questa esplorazione, tornerebbe cosa vantaggiosa servirsi della piastra di avolio del Signor Piorry. Nell'ascite, si produce spessissimo il fenomeno della fluttuazione; questa in generale è tanto più manifesta in quanto la quantità del siero è più considerabile, e le pareti del ventre più distese, ed avvi meno infiltramento nel tessuto cellulare sottocutaneo. Per sentire la fluttuazione basta collocare la mano sopra un lato del ventre, e battere leggermente coll'altra sul lato opposto, la prima riceve tosto la sensazione di un urto o di una ondulazione. Non bisogna però sempre cercare di produrre il fenomeno da una parte all'altra del ventre. In simile circostanza, è meglio cercare la fluttuazione nel punto più declive ed in un piccolo spazio; per ciò si percuote coll'indice di una mano a 6 o 9 centimetri di distanza da quella che si tiene applicata: allora si ottiene quel che chiamasi *fluttuazione periferica*. Questa maniera di esplorazione è stata perfettamente descritta dal Signor dottor Tarral. Ne' casi ordinari, in generale, bisogna applicare la mano alla parte inferiore del ventre, là dove lo strato del liquido offre più spessezza. Per scorgere la fluttuazione, basta qualche volta applicare la mano soltanto, altra volta premere fortemente le pareti del ventre. La fluttuazione è raramente avvertita in tutta l'estensione del suo no matto; qualche volta esiste manifestamente soltanto all'ipogastrio o verso i fianchi.

Quando l'ascite è addivenuto considerabile, la pelle del ventre è levigata, tesa; tosto il tessuto cellulare sottostante s'infiltra, finalmente spessò si vede lo stesso derma infiltrato di siero. In questi casi basta percorrere leggermente l'unghia sulla superficie del ventre per scolpire un solco più o meno profondo, il quale tosto sparisce. In fine lo infiltramento guadagna il resto del corpo, specialmente le membra inferiori.

I visceri addominali, gli organi digestivi in preferenza, van soggetti, nelle loro funzioni, ad un disturbo più o meno distinto, proporzionato al grado di compressione che il fluido stravasato esercita su di essi. Quindi le digestioni sono stentate, penose: avvi qualche volta vomiti ed una costipazione ostinata: spesso il tubo intestinale, e specialmente lo stomaco, sono la sede di una esalazione abbondante di gas che rende l'ansietà più penosa; la introduzione degli alimenti e delle bevande aumenta pure l'incomodo e la tensione del ventre. Pare ancora che la compressione, alla quale i reni e gli ureteri sono sottoposti, diminuisca spesso la segrezione urinaria; questa ripiglia tutta la sua atti-

vità tosto che il liquido è stato evacuato mediante la paracentesi. Lo edema delle membra inferiori e lo sviluppo insolito che acquistano spesso le vene sottocutanee addominali, ed anche quelle delle pareti laterali del petto sin nel cavo ascellare, vasi mediante i quali si stabilisce una circolazione suppletoria, si spiegano in gran parte per la compressione alla quale van soggette le vene addominali. Ciò vien provato dalla operazione della paracentesi, cioè che quando la causa della compressione vien tolta, l'edema delle membra inferiori diminuisce o scompare affatto, le vene delle pareti toraciche e addominali riprendono il loro calibro, purché però non esista un ostacolo permanente nella vena porta o nella cava inferiore, ostacolo il quale sarà stato il punto di partenza di tutti gli accidenti. Nell'ascite abbiain veduto i visceri toracici più o meno disturbati nelle loro funzioni. Lo spingimento in alto del diaframma e lo stringimento consecutivo della cavità toracica nel suo diametro verticale, spiegano la dispnea degli ammalati, sempre proporzionata alla distensione del ventre, l'oppressione e le palpitazioni, ed anche l'emottisi, accidente che Stoll sembra aver osservato. Questi disturbi pervengono al loro massimo d'intensità quando l'ascite esiste nel tempo della gravidanza; allora le donne provano un'ansietà continua e si ritrovano in uno stato d'imminente soffocazione. Questi sintomi acquistano un carattere spaventevole specialmente a contare dal sesto mese della gravidanza, cioè all'epoca in cui il fondo dell'utero si eleva a 6 centimetri al di sopra dell'ombelico.

Quelli affetti da ascite, in generale hanno la faccia pallida, alterata, gonfiata o demagrata; le mucose sono scolorate, la pelle arida secca, rugosa; l'urina è scarsa; la sete variabile; la debolezza ed il demagramento aumentano vieppiù. Nella stazione o nel cammino, gli ammalati sono obbligati di piegare il tronco nella parte posteriore per poter stabilire l'equilibrio. In fine esistono molti altri sintomi generali e locali, che variano secondo la malattia di cui l'ascite è uno de' sintomi.

Ne' casi rari dove l'ascite è stenico e idiopatico, l'accumulo di siero nel peritoneo à luogo più rapidamente che ne' casi precedenti, però è meno abbondante, ed è preceduto ed accompagnato da uno stato subinfiammatorio; quindi la pelle è calda, alituaosa; il polso è largo, duro e più frequente che al solito, in fine alcuni dolori si fanno sentire nell'addome.

Corso, durata. — L'ascite à un corso il quale varia secondo la causa produttrice: ora esso è primitivo, ora consecutivo di altre idropisie. Quindi è che nelle malattie del cuore il versamento peritoneale è sempre preceduto da edema degli estremi inferiori, e spesso da una edemazia della faccia. Il versamento si aumenta con minore o maggior rapidità; spesso of-

fre, senza causa manifesta, delle alternative; la sua durata è sempre lunga; raramente termina prima di uno o due mesi; delle volte persiste per lo spazio di sei mesi, per uno o molti anni. Il dottor Graves cita un caso di guarigione dopo otto anni. Il Signor Canu, medico a Yvetot à presentato nel 1842 all'Accademia di medicina, l'osservazione di una donna di trentasei anni la quale essendo stata ascitica per lo spazio di sei anni, si sarebbe guarita dopo aver sofferto ottocento ottantasei punture. Si citano finalmente de' casi straordinari di ascite che avrebbero durato per lo spazio di trenta o quarant'anni. Notiamo che questi fatti, apparentemente meravigliosi, sono stati quasi tutti osservati nelle donne, ed essi sono forse meno esempi di ascite che casi d'idropisia cistica delle ovaie. La guarigione di questa ultima affezione, senza essere comune, è però meno straordinaria di quella di un ascite che avrebbe durato molti anni.

Esiti. — L'ascite può terminare colla guarigione; questa à luogo il più delle volte in seguito dello assorbimento lento del liquido, o più rapidamente, ed in questo caso si osserva ordinariamente un flusso dallo intestino, dallo stomaco, dalle vie urinarie o dalla pelle. I fatti più rimarcabili in questo genere sono stati riuniti dal Signor Mondière, in un lavoro che questo compianto osservatore à pubblicato nel settimo volume del *Journal l'Experience*. In casi anche più rari, la pelle dell'ombelico essendosi ulcerata, il liquido addominale è uscito fuori per questa strada; in quelli colpiti da ernia scrotale si è pur anche veduto il siero scappar via da una fistola dello scroto, consecutiva ad un'escara cangrenosa penetrante sin dentro la tunica vaginale. In fine si dice aver veduto il liquido farsi strada a traverso l'intestino. Checchè ne sia, l'ascite non guarisce quasi mai quando dipende da una lesione materiale degli organi; se qualche volta cede affatto, ciò accade quasi sempre in un modo momentaneo, perchè non tarda a recidivare.

Ricordandosi le cause che producono più frequentemente l'ascite, si comprenderà perchè questa malattia termina il più delle volte in un modo funesto. In generale, allora l'ansietà e l'oppressione aumentano; l'idropisia si estende a tutto il corpo; vi sono deliqui, sincopi, escare, poi la morte à luogo a poco a poco o ad un tratto.

Diagnosi. — La diagnosi comprende tre punti 1.° riconoscere l'ascite; 2.° distinguerlo dalle malattie colle quali à qualche somiglianza; 3.° determinare la causa produttrice.

La tumefazione uniforme del ventre, il suono matto e la fluttuazione sono i tre caratteri mediante i quali si diagnostica la presenza di un versamento liquido nell'addome. Si determinerà che il liquido è libero nel peritoneo, per la facilità colla quale si può spostare variando la posizione del tronco; quindi

è che facendo coricare l' ammalato sopra uno de' lati , il liquido , obbedendo alle leggi della gravità , si accumulerà nella parte più declive ; la percussione praticata a questo livello darà un suono completamente matto , mentre che , nel punto corrispondente del lato opposto , il suono sarà più o meno timpanitico. Se finalmente si fa coricare l' ammalato sopra quest' ultimo lato , si otterranno risultati simili a' precedenti , ma in senso inverso. Variando in tal modo le posizioni degli ammalati , si potrà , siccome il Signor Pierry lo ha dimostrato , arrivare a riconoscere i versamenti tanto poco considerabili per non determinare ancora nè suono matto nè fluttuazione. Siccome in questi casi il liquido si accumula specialmente nella cavità della pelvi , bisogna , per conoscerne la presenza mediante i nostri mezzi di esplorazione , sollevare il bacino ed inclinare il malato sopra uno de' lati ; riunendo così tutto il siero in un sol punto , si potrà ottenere un suono matto , e determinare il fenomeno della fluttuazione , se però non esiste qualche antica aderenza , la quale si oppone allo spostamento del siero. O' detto precedentemente in che modo poteasi produrre la fluttuazione , per cui non ritornerò più su questo fenomeno. Bisogna però in questo luogo prevenire i giovani colleghi di non confondere colla fluttuazione la vibrazione o il fremito che provano le parti addominali distese, quando si percuotono bruscamente. La sensazione che provasi in questi casi, differisce però da quella che presenta la fluttuazione ; la sola abitudine può far distinguere i due fenomeni.

Diversi tumori o malattie del ventre possono simulare l' ascite ; ed in fatti hanno di sovente dato luogo a degli errori nella diagnosi ; sono essi , la timpanite , i tumori chiusi in una cisti , la distensione della vescica per effetto dell' urina , e tutti i tumori formati per lo sviluppo dell' utero. Nella timpanite il ventre è più o meno disteso come nell' ascite ; però avvi questa differenza tra le due affezioni , che nella prima il ventre offre in tutta la sua estensione un suono esagerato , mentre che nell' ascite il suono timpanitico esiste soltanto alla parte superiore, là dove gl' intestini sono stati respinti ; in qualunque altra parte il suono è più o meno completamente matto. Se la vescica distesa dalla urina facesse protuberare la parete addominale anteriore, il suono è matto al suo livello , e si può produrre la fluttuazione come nell' ascite ; ne' casi però di ritenzione di urina la fluttuazione è più profonda , più oscura : il tatto dell' addome fa riconoscere un tumore ovale o periforme situato sulla linea mediana : il suono matto può essere a pena spostato colle differenti posizioni che si danno al malato , e spesso si risvegliano desideri di urinare , premendo sul tumore. Finalmente il cateterismo , dando esito all' urina , distrugge tutti i dubbi che

ancora potevano esistere. Torna impossibile poter confondere l'ascite colla gravidanza avanzata, perchè in questa il ventre è occupato da un tumore periforme, duro, matto, non fluttuante, situato sulla linea mediana ed alquanto inclinato alla parte destra; applicando l'orecchio al suo livello, si sente il soffio placentario ed i doppi battiti del cuore del feto; finalmente il tutto fa conoscere un accorciamento più o meno considerabile del collo ed il fenomeno del ballottamento. L'ascite sarà pur anche facilmente distinto dall'idrometro, dalla pneumatosi uterina, da' tumori ovari rinchiusi in una cisti, come anche dall'alfezione viziosamente chiamata idropisia dello stomaco; tutto ciò verrà esposto con precisione parlando di ciascuna di queste malattie. Esiste una malattia rarissima, difficile ad esser distinta quando la scienza mancava de' mezzi di esplorazione che possediamo a' giorni nostri; intendo parlare di que' tumori chiusi in una cisti delle pareti addominali (idropisie cistiche del peritoneo) delle quali Morgagni ha parlato nella sua trentottesima Lettera, e che si son vedute estendersi dall'epigastrio al pube e dall'uno all'altro ipocondrio. In questi casi il ventre è sviluppato; esso è matto e fluttuante come nell'ascite; la percussione però farà conoscere la natura della malattia. In fatti mostrerà che il suono matto non può essere spostato mediante le posizioni che si danno agli ammalati; che esso esiste egualmente su tutta la estensione del tumore; in fine comprimendo fortemente col plessimetro la parete addominale sulle parti più declivi, come all'ipogastrio, è percuotendo fortemente, si sarà convinto, pel suono alquanto più chiaro che si otterrà, e la elasticità che avverteranno le dita; che gl'intestini esistono a questo livello; e non sono stati spostati; circostanza capitale, poichè abbiám veduto che nell'ascite erano costantemente respinti al disopra del versamento. Siccome compimento della diagnosi, si saprà che la malattia ha incominciato con un tumore circoscritto che ha invaso a poco a poco il resto del ventre stendendosi spesso dall'alto in basso; finalmente si vedranno mancare i sintomi delle malattie che producono il più delle volte l'ascite.

L'ascite una volta riconosciuto, bisogna determinare la causa produttrice. Si potrà ottenere lo scopo il più delle volte studiando gli antecedenti degli ammalati; il corso che lo ascite ha seguito; ed i fenomeni morbosi che l'accompagnano. Quindi il versamento peritoneale che ha luogo consecutivamente all'edema degli estremi inferiori, può benissimo dipendere da un ostacolo al corso del sangue nella vena cava inferiore; quasi sempre però è lo indizio di una malattia organica del cuore. L'ascite che si manifesta in individui la cui faccia è pallida, enfiata, e che hanno già sofferto l'edema su molti altri punti del corpo, dovrà

far sospettare una malattia di Bright, e porterà ad esaminare le qualità dell'urina. Quando l'ascite è primitivo, quando l'individuo che presenta la diatesi scirroso al massimo grado ci fa conoscere che la idropisia è incominciata dal ventre, ed à guadagnato gli altri punti consecutivamente soltanto, bisognerà ricercare nello stesso addome la causa della malattia. Il tatto e la percussione faranno allora conoscere in questa cavità qualche tumore più o meno voluminoso, e se la esplorazione la più accurata non ne fa precisare l'esistenza, si sospetterà qualche ostacolo nella vena porta, e prima di tutto una scirrosi del fegato; perchè questa lesione è la causa più frequente degli asciti attivi. In fine il versamento peritoneale che è stato preceduto da dolori di ventre, da un grande demagramento, e si accompagna a resistenza e durezza delle pareti addominali, si liga sempre ad una peritonite cronica.

Non sapressimo terminare questo articolo senza ripetere quanto gli asciti idiopatici siano rari. Quindi non bisogna mai trascurare ne' casi di versamenti peritoneali di osservare tutti gli organi, tutte le funzioni, ed analizzare tutti i fluidi per accertarsi sulle cause della malattia. Non bisogna dimenticare specialmente che gli asciti in apparenza spontanei, manifestandosi rapidamente o senza dolore ne' giovani, ed in mezzo delle apparenze della salute, si ligano ordinariamente ad una lesione del peritoneo, alla presenza de' tubercoli miliari. Nonostante quest'alterazione, alcuni ammalati si ristabiliscono momentaneamente, e periscono poi per effetto di una recidiva o di un'altra affezione dipendente dalla stessa diatesi. Quindi è che alcuni anni fa mandai nello sale del signor Chomel una giovanetta forte in apparenza, sorpresa senza causa conosciuta, da un ascite che continuava alcune settimane. Il modo con cui la malattia si era manifestata, il suo corso, o lo stato attuale della inferma, la facilità colla quale la guarigione ebbe luogo, portavano a pensare che l'ascite fosse essenziale. Poche settimane dopo però questa ragazza ritornava all'Hotel-Dieu con una meningite granulata per la quale ne morì: nell'autopsia si trovarono indipendentemente dalle lesioni cerebrali, un gran numero di granulazioni miliari nel peritoneo, che presentava in oltre alcune falso membrane ed un residuo di versamento liquido.

Pronostico.—L'ascite è una malattia sempre grave; questa gravezza non dipende affatto dal versamento istesso, ma quasi unicamente dalle lesioni delle quali è presso che sempre sintomatica.

Cura.—La cura da praticarsi nello ascite è la stessa di quella delle altre idropisie, e per conseguenza non ne faremo parola. Diremo solamente che, per ben giudicare dello effetto de' rimedi, bisogna misurare di tempo in tempo la circonferenza

del ventre mediante un filo; convien pur anche marcare coll'inchiostro o col nitrato di argento l'altezza del versamento.

Quando i mezzi rimangono privi di effetto, quando il distendimento del ventre è tale che gli ammalati provano molta dispnea ed ansietà, bisognerà dar uscita al liquido mediante la paracentesi. Nella maggior parte de' casi questa operazione di grandissimo sollievo si ritarda troppo. Prolungandola soverchiamente, si lasciano distendere oltre misura ed indebolire le pareti addominali, il che permette al versamento di riprodursi con maggiore facilità. Non conviene descrivere in quest'opera il manuale della paracentesi: diremo solamente che bisogna pungere il ventre nel fianco. Se però l'ascite coesiste colla gravidanza, il liquido essendo stato respinto in gran parte verso gl'ipocondri, siccome lo dimostrano il suono matto e la fluttuazione, anno consigliato di pungere in questo punto (Scarpa e Cruch di Pavia). Ci sembra preferibile però, con Ollivier (d'Angers) dare esito al liquido a traverso l'ombelico o da un punto della linea mediana. L'operazione della paracentesi sembra in questi casi sollecitare l'epoca del parto. Qualunque sia il punto del ventre che si punge ed il modo di operare, bisogna, prima d'introdurre l'istrumento, percuotere il ventre in questo punto, ed assicurarsi, praticando alternativamente una percussione superficiale e profonda, non esservi alcun'ansa intestinale aderente in questo punto. Raccomandiamo di vuotare il ventre in una sola volta, purchè però l'ascite non sia troppo considerabile, casi ne quali bisognerebbe praticare molte punture successive, e permettere in ciascuna di esse lo scolo di una porzion del liquido soltanto, per facilitare la contrazione delle pareti addominali su di se stesse. Cecchè ne sia, evacuato il versamento, bisognerà, nei giorni seguenti, stabilire una forte derivazione verso i reni, verso la pelle ed il tubo digestivo; si praticherà in pari tempo una compressione metodica sul ventre. Questi mezzi anno qualche volta prodotto le guarigioni in alcuni asciti, o almeno anno ritardato le recidive: ciò rilevasi specialmente da un lavoro del Signor Bricheteau pubblicato nel giornale gli *Archives* dell'anno 1832. Questo distinto medico à dimostrato l'utilità della compressione in alcuni casi d'asciti semplici non ligati ad alcuna lesione organica, nè ad altro ostacolo nella circolazione venosa. Citeremo in questo luogo, solamente per biasimarli, certi tentativi più che imprudenti, i quali sono stati praticati per produrre la guarigione radicale della malattia, come le iniezioni astringenti ed irritanti; o la introduzione di vapori vinosi nello interno del peritoneo. Dopo gli accidenti funesti da quali simili manovre sono state seguite, sarebbe un delitto ripeterle a' giorni nostri.

SEGREZIONI SIEROSE DELLE MEMBRANE MUCOSE

Le membrane mucose sono raramente la sede di flusso acquoso o sieroso; le sole segrezioni di questo genere che si osservano qualche volta anno luogo soltanto nel tubo digestivo e negli organi genitali della donna. Simili flussi che avevano luogo dalle fosse nasali sono stati descritti, siccome Morgani ne cita alcuni esempi: però questa malattia che alcuni autori anno chiamata *rinorrea*, non è pur anco sufficientemente conosciuta. Nello studio de' flussi sierosi intestinali crediamo dovere ammettere due varietà, cioè; il *colera asiatico* e l'*idro-enterrorea*.

DEL COLERA ASIATICO

Il colera epidemico o asiatico offre per sintomi principali vomiti, scarichi ventrali di materie acquose biancastre simili all'acqua di risi, la soppressione della urina, la mancanza del polso, il raffreddamento quasi glaciale del corpo, con color violaceo de' tegumenti, che sono flosci e rugosi, un rapido demagramento, crampi dolorosissimi nelle membra, e qualche volta estrema oppressione.

Storia.—Senza discutere se il colera asiatico sia una malattia novella, o pure se ad essa si riferisce quel che si trova scritto nelle pagine de' libri antichi, diremo essere una malattia conosciuta da lungo tempo nelle Indie orientali, dove è endemica. Molte volte si è veduto rompere le barriere naturali, e sviluppare la sua micidiale influenza nelle contrade lontane. Il fatto più straordinario però è quello della mortale epidemia la quale cominciando a Jessore presso le bocche del Gange nel 1817, invase successivamente l'Asia, l'Africa, l'Europa e l'America, ed inerudellò nel nostro paese che percorse dal 1832 al 1836, attraversando in quindici anni più di tre milioni di leghe quadrate. Questa formidabile malattia è stata nel nostro paese l'oggetto di moltissime pubblicazioni, tra le quali si distinguono l'eccellente trattato de' signori Bouillaud e Gendrin; le ricerche de' signori Magendie, Rayer, Piorry, come anche l'importante articolo pubblicato nel *Dictionnaire de médecine*, da Dalmas pratico dotto ed osservatore eccellente, del quale compiangiamo la fine prematura. Finalmente citeremo i rapporti del Signor Moreau di Jonnès, e della commissione medica del dipartimento della Senna, come pure quello de' professori Dubruel o Rech.

Anatomia patologica.—Le lesioni che si osservano nell'apertura de' cadaveri differiscono secondo che gli ammalati perirono nel secondo periodo detto di *cianosi* o pure nel terzo chiamato di *reazione*. Nel primo caso i cadaveri perdono lentamente

il loro calorico; il colorito cianotico della faccia e delle membra rimane; l'occhio è appassito; tutto il corpo demagrato; i muscoli, poco consistenti, sono più o meno violacei: questo colorito si rinviene nella maggior parte delle ossa spungniose, e sin anche alla radice o alla metà della corona dentaria. La massa intestinale, raramente distesa da gas, offre spesso un colorito violaceo, specialmente nelle anse contenute nello incavo della pelvi. Il tubo digestivo si trova pallido, scolorato in certi punti, nella sua maggior estensione però offre diversi colori; quindi è rosso, simile alla feccia del vino, nerastro o violaceo; le sue tuniche sembrano spessite, ed i vasi della parte corrispondente del mesentero sono ingorgate di sangue. Questi diversi coloriti non possono essere riportati ad un lavoro infiammatorio, ma dipendono da una stasi sanguigna. In fatti se s'inietta l'acqua nelle arterie mesenteriche, si porta via tutto il sangue che ingorga le pareti intestinali, o si rende a queste il colorito di un bianco grigiastro che loro è naturale (Magendie). La membrana mucosa è in generale il suo colorito e la sua consistenza normale; presenta però in tutta la estensione delle vie digestive, dallo esofago sino al retto, specialmente alla fine dell'ileo, nel cieco e nel colon una eruzione di piccoli corpi duri ed opachi, resistenti alla pressione; del volume di una testa di spilla o di un granello di miglio, impenetrabili alle iniezioni (Czermak e Illyts). Regna discrepanza sulla natura di questi corpicciuoli; gli uni li considerano come papille intestinali gonfiate, e non affatto come una lesione speciale del colera, poichè si osserva in moltissimi stati morbosi, ed ogni qual volta la esalazione intestinale è aumentata. Altri anno veduto in questi corpicciuoli una speciale eruzione, e ne anno fatto il carattere anatomico della malattia, però a torto; si sa, per esempio, che i Signori Serres e Nonat si sono fondati sulla esistenza di questa lesione per dare al colera il nome di *psorenteria*.

Gl'intestini e lo stomaco de' colerici contengono una minore o maggior quantità di un liquido di un odore insipido, bianco, fiocoso, il quale è stato paragonato al latte malamente purificato, ad una decozione di risi o di avena mondata. La membrana mucosa è in oltre tappezzata da una materia come cremosa, di un bianco grigiastro. In generale si è stabilito che il liquido colerico è identico per la sua composizione al siero del sangue. Il Signor Andral però à combattuto questa proposizione, ed in una nota che egli à letto in agosto 1817 all'Accademia delle scienze, egli à stabilito che la materia colerica non era nè albuminosa nè fibrinosa; ma che offriva tutti i caratteri del muco. Questo soggetto richiede dunque novelle ricerche. Indipendentemente da questo liquido, gl'intestini possono ancora contenere una bile gialla, verde, o pure un liquido

rossastro, sanguinolento. I vasi linfatici e biliari sono esenti da alterazione; il fegato, di un volume ordinario, è ingorgato da un sangue nero, fluente; lo stesso si osserva ne' reni; la milza in generale è piccola, dura e nera; quasi tutti gli altri tessuti parenchimatosi sono nello stato di congestione e, di un colorito violaceo particolare. In fine, sulle pareti della vescica, che è contratta su di se stessa e vuota di urina, si veggono qualche volta de' fiocchi biancastri, simili a quelli che abbiamo osservati nelle vie digestive. I polmoni sono il più delle volte flosci, appassiti, poco ingorgati; altre volte l'ingorgo sanguigno è più considerabile; i corpicciuoli già indicati negl' intestini e nella vescica sono stati rinvenuti ne' bronchi. Il cuore è piccolo, floscio, friabile, ripieno di sangue nero, peccioso, e che giustamente anno paragonato alla gelatina di uva spina mal cotta. Tutto il sistema venoso, specialmente nelle vicinanze del cuore, è ingorgato di sangue fornito della stessa apparenza e delle stesse qualità. Questo liquido si rinviene in piccole quantità nel cadavere. In fatti, era difficile nella epidemia del 1832 poterne raccogliere più di 250 a 312 gramme. Il maggior numero de' micrografi à veduto che i globetti del sangue colerico non presentavano alcuna distinta alterazione; i chimici anno osservato una diminuzione nella quantità normale della fibrina, dell'albumina e de'sali, mentre che la materia colorante era cinque volte maggiore. Il Signor Andral à ottenuto risultati alquanto differenti; in fatti stabilisce nella nota, della quale abbiamo parlato poco fa, che l'albumina si manteneva nel siero del sangue, nella proporzione normale. Tutte le membrane sierose del corpo, il peritoneo specialmente, sono prive di siero; esse sono lucide e simili alla pece; le abbiamo trovate qualche volta completamente secche, rugose, disseminate. Il fluido rachidiano è alquanto diminuito; i vasi cerebrali e rachidici sono più o meno zeppi di sangue; la polpa nervosa stessa è in uno stato di maggiore o minore congestione. Finalmente i nervi ed i loro gangli possono essere pregni di sangue; sempre però sono esenti da qualunque alterazione.

Quando i colerici periscono nel terzo periodo detto di reazione, le congestioni venose sono meno numerose e meno intense; si rinvencono piuttosto i caratteri propri alle congestioni attive ed alle infiammazioni. Quindi il cervello è arenoso, i polmoni sono qualche volta infiammati, epatizzati; il sangue contenuto ne' vasi è più rosso, e contiene tanto più di siero in quanto la morte à avuto luogo ad un'epoca più lontana dalla reazione. Il liquido colerico è scomparso; le membrane sierose sono umide, i corpicciuoli sono più o meno protuberanti, mentre che i follicoli acuminati sono qualche volta alquanto gonfi, ma senza presentare alcuna delle lesioni caratteristiche della febbre tifoidea; finalmente la vescica contiene l'urina.

Sintomi corso.—Il colera asiatico si manifesta qualche volta bruscamente; il più delle volte vi sono alcuni prodromi, come mal'essere, debolezza, perdita di appetito, sete, dolori di ventre, borborigmi; diarrea gialla, biancastra, mucosa, fedita, oppressione, veglia, sudori, deliqui, acceleramento o lentezza del polso; brividi vaghi, irregolari. A questo insieme di sintomi prodromi alcuni nel 1832 davano il nome di *colerina* o di primo periodo. Questi accidenti duravano da uno ad otto giorni, e terminavano colla guarigione o pure erano rimpiazzati da sintomi propri del colera. Il Signor Magendie dice che alcuni ammalati perivano dopo aver presentato solamente i sintomi della colerina. La morte allora avea luogo per lo estinguimento progressivo delle forze: purtuttavia i fatti di questo genere sono stati rarissimi.

Quando il colera è compiutamente manifestato la sete è viva, il ventre contratto, poco sonoro, è la sede di coliche, che la pressione esacerba spessissimo. Tosto l'ammalato emette un vomito di materie bianche, fiocose, di un odore insipido, del quale abbiám parlato precedentemente; delle evacuazioni alvine hanno luogo simultaneamente. Le materie intestinali, dapprima giallastre e fetide, addivengono tosto simili a quelle che vengono espulse dalla bocca. Queste evacuazioni sono in generale ripetute a brevi intervalli; tosto il polso si accelera e s'innalza rapidamente a 120 o 130 pulsazioni in ogni minuto; la sua forza diminuisce in proporzione della sua frequenza; la respirazione è penosa, ansiosa, accelerata; gli ammalati accusano dispnea, quantunque niente di anormale si osservi nel petto mediante la percussione e l'ascoltazione. La voce si allievolisce; vi sono vertigini, cefalgia, susurri di orecchi; crampi dolorosissimi si mostrano nelle braccia, nelle dita, e specialmente nel polpaccio delle gambe, le quali sono tese e dure come il legno; le forze sono allora prostrate a tal segno che molti ammalati non possono tenersi in piedi; la loro fisionomia esprime l'abbattimento ed un patema estremo; il volto è contratto demagrato; gli occhi incavati, circondati di nero. Se questi accidenti continuano a farsi gravi, la pelle del corpo si raffredda, la faccia prende un colorito azzurrognolo; il polpastrello delle dita ed i pollici de' piedi addivengono violaci, specialmente vicino alle unghie, mentre la pelle di certe parti è in crespa come se per lungo tempo fosse stata in macerazione nell'acqua tiepida. Pizzicando la pelle sulle altre parti del corpo, conserva per lungo tempo la piega che l'è stata impressa; l'intero corpo è demagrato per effetto dello assorbimento del fluido sieroso che bagna il tessuto cellulare; la segregazione urinaria è sospesa; tutte le esalazioni naturali o accidentali sono diminuite o spente.

In un grado più avanzato che costituisce il secondo periodo della malattia, le membra e la faccia sono nel perfetto stato di cianosi; il colorito cianotico può pur anche guadagnare tutta la superficie del corpo; gli occhi sono aridi, appassiti; la cornea impietrita per lo assorbimento di una parte dell'umore aqueo; la pelle è fredda, la sua temperatura è qualche volta abbassata a 14 Réaumur; siccome lo hanno veduto i signori Gerardin e Gaimard; nello stesso tempo è ricoverta di un sudore vischioso e freddo, di modo che toccando, si ha la sensazione che dà il tatto del naso del cane.

La lingua è azzurrognola e fredda, la sete è viva, i vomiti in generale sono più rari che nel periodo precedente; gli scarichi, involontari, sono spesso formati da un liquido rossastro e fetido; la voce è spenta, il fiato degli ammalati freddo; l'aria espirata contiene più ossigeno di quella degli individui sani, siccome lo hanno provato le esperienze di Davy, delle quali il Signor Rayer ha verificato la esattezza durante la epidemia del 1832. A questo stesso periodo, la dispnea e l'oppressione aumentano, il polso addiviene impercettibile, lo stesso accade dei battiti del cuore; la circolazione sembra essere interrotta; quindi è che un'arteria voluminosissima ha potuto essere troncata di traverso senza che scorresse sangue. Se si apre una vena, si ottiene mediante le reiterate pressioni, qualche cucchiaino di sangue nero, carico, vischioso, che si coagula in massa conservando tutto o quasi tutto il suo siero. Il sangue presenta una temperatura inferiore di 4 a 5 Réaumur a quello degli altri malati. Tutti i sensi sono indeboliti o perduti; l'udito specialmente è duro, la vista turbata e la sensibilità tattile abolita. Malgrado però lo insieme di sintomi così terribili, le facoltà intellettuali rimangono intatte; in fatti, di rado avvi delirio. In mezzo a questi disordini gli ammalati periscono il più delle volte. La morte ha luogo ora lentamente e dopo agonia, ora ad un tratto come se dipendesse da una sincope.

Tali sono gli accidenti che caratterizzano questo secondo periodo del colera grave, al quale si dà il nome di periodo *algido*, *blù*, *cianico* o *asfittico*, in ragione del raffreddamento del corpo, del colorito violaceo della pelle e de' fenomeni di asfissia che predominano.

Quando l'ammalato non muore nel periodo algido, la malattia cambia tosto di fisionomia: quindi il freddo sparisce, come anche il dimagrimento; la faccia si colora, gl'occhi s'inniettano, la voce riprende la forza, la segregazione urinaria si ripristina, finalmente il sangue ripiglia le sue qualità normali, e contiene tanta maggior quantità di siero in quanto si allontana dallo sviluppo della reazione. L'insieme di questi fenomeni caratterizza il periodo detto di *reazione del colera*, al qua-

le succede immediatamente la convalescenza, quando nessun accidente non vi si oppone. In fatti la reazione non è sempre così libera; quindi alcuni ammalati, ne quali essa è *incompleta*, cioè che dopo essersi stabilita in parte, tosto è costituita da novelli sintomi algidi che uccidono quasi tutti gli ammalati. In altri la reazione si complica ad accidenti tifoidei; così negli uni la febbre si accende; la lingua addiviene arida, aspra nera; i denti si coprono di fuliggini; la sete è viva, gli ammalati sono tormentati da un continuo singhiozzo; la faccia è gonfiata, stupida, gli ammalati cadono nel coma o in uno stato di subdelirio, avvi rigidità, contratture, sussulti de'tendini; in fine dopo cinque sei otto o dieci giorni e più la morte à luogo. Alcuni ammalati però guariscono, ma il loro ristabilimento è lento e difficile. Durante la reazione, le evacuazioni intestinali, come pure i vomiti son finiti. Accade però qualche volta che questi ultimi perdurano, alternano col singhiozzo, e tormentano molto gli ammalati; essi si associano a dolori cardiaci, a molta ansietà, e producono spesso la morte. In fine, durante la reazione si manifestano quasi tutte le complicazioni, come le congestioni o le infiammazioni, specialmente per parte delle meningi, del cervello e de' polmoni, come pure le diverse eruzioni cutanee (morbillo, scarlattina, rubecola, urticaria). Qualche volta si osservano anche le parotidi.

I sintomi precedenti non si succedono sempre nello stesso ordine che abbiamo indicato: quindi abbiám veduto spessissimo, nel 1832 la malattia svilupparsi bruscamente con i sintomi più gravi che caratterizzano lo stato algido; allora si diceva che il colera era *fulminante*: in altri la malattia presentava i suoi sintomi ordinari, ad eccezione però de' vomiti e degli scarichi che mancavano, quantunque il fluido colerico fosse stato esalato abbondantemente negli intestini, siccome lo dimostrava l'ispezione cadaverica.

Durata. — Il colera dunque à un corso più o meno rapido, qualche volta può uccidere in poche ore; la sua durata media è di circa sessant'ore, spessissimo la vita si prolunga per un settenario, di rado però gli ammalati lottano più di dodici giorni. A cose eguali d'altronde, si è veduto che la durata della malattia è in ragion diretta delle forze degli ammalati.

La convalescenza è più o meno rapida: in generale è lenta e richiede molte cure, perchè le ricadute spesso ànno luogo; altri ammalati conservano per un tempo più o meno lungo dispnea, disturbi diversi degli organi digestivi, ora permanenti ed in altri ad intervalli più o meno ravvicinati.

Diagnosi. — Avendo riguardo alla natura de' vomiti e degli scarichi ventrali, al raffreddamento della lingua o di tutta la

superficie del corpo, alla scomparsa del polso, al colorito azzurrognolo o cianotico, a' crampi, alla soppressione delle urine, all'afonia, il colera epidemico non sarà mai confuso con alcun'altra malattia conosciuta. L'avvelenamento procurato con sostanze caustiche, e specialmente coll'arsenico, è la sola malattia che potrebbe simulare il colera asiatico. In fatti quando la quantità dell'acido arsenicale ingoiato è molta, si può osservare il raffreddamento del corpo, lo stato cianotico della faccia e degli estremi, l'alterazione della voce, la dispnea, la segrezione delle urine rara o soppressa: le evacuazioni però che sono nere e sanguinolenti, ed i vomiti di materie acri, biliose ed egualmente sanguinolente, daranno la norma per conoscere la causa degli accidenti, indipendentemente da' lumi raccolti dai commemorativi. D'altronde, in qualunque stato di cose, se avvi incertezza, l'analisi chimica delle deiezioni e delle materie vomitate dissipa tosto ogni dubbio.

Pronostico. — Il colera asiatico è una malattia gravissima, ed à prodotto gravissime straggi da per tutto dove si è sviluppato, perchè à ucciso la metà di coloro che ne sono stati colpiti. Pare che sia stato più micidiale ne' due estremi della vita, e più nell'uomo che nella donna. Gli accidenti sono stati sempre gravi allo sviluppo della epidemia anzichè al suo declinare. Quando gli ammalati si fanno freddi, cianotici o senza polso, il pericolo è grande. Una reazione poco intensa, completa e che continua, deve far sperare un esito felice.

Etiologia. — Il colera di cui trattasi è endemico nelle Indie, e solamente per accidente si osserva in Europa. Dopo la epidemia del 1832 però, non vi sono anni in cui non si siano osservati molti casi, generalmente benigni, il che fa credere che il colera asiatico è definitivamente una malattia trasportata nel nostro continente.

Per ispiegare il corso ed i progressi di questa malattia, si sono invocate tutte le cause occulte per le quali si è preteso spiegare in ogni tempo la comparsa delle malattie epidemiche. Torna superfluo enumerarle. Il contagio per lo quale alcuni àn voluto spiegare il corso e la propagazione della malattia, à contati molti partigiani, specialmente in Francia, poichè la maggior parte de' fatti che abbiamo raccolti a Parigi erano intieramente in opposizione a questa dottrina. Torna inutile più a lungo discutere sulla causa prima del colera; dirò però che considerando che la malattia à incrudelito ne' più diversi paesi, in mezzo alle condizioni igieniche le più opposte, è ragionevol cosa supporre la esistenza di una causa specifica forse sparsa nell'atmosfera; manchiamo però di qualunque dimostrazione a quest'oggetto. Checchè ne sia, si è veduta la influenza epidemica svilupparsi nell'uomo non solo, ma anche su molte classi di ani-

mali, specialmente nelle bestie con le corna, gli uccelli ed anche i pesci. In generale il colera non à invaso bruscamente un paese; ma il più delle volte è stato preceduta da diversi stati morbosi che regnavano epidemicamente, come le febbri intermittenti, dissenterie, o imbarazzi gastrici.

In fine, durante il regno della ultima epidemia, è stato notato che certe cause predisponavano di più alla malattia, ed altre potevano provocarne lo sviluppo. Tra le prime sono state annoverate gl' ingombriamenti e l'aria non rinnovata (Piorry), la dimora in luoghi umidi, le privazioni, gli eccessi, gli aspri travagli, le pene morali. Le cause occasionali che han sembrato agire il più delle volte sono i raffreddamenti, gli eccessi, le indigestioni, ec.

Cura.—Contro il colera sono stati raccomandati quasi tutti gli agenti de' quali la terapeutica dispone. Tutti han voluto trovare uno specifico: l'esperienza però à provato che al colera non à potuto opporsi alcun metodo curativo uniforme, e questo doveva variare a seconda una immensità di circostanze, e specialmente a seconda dello stato sintomatico. Quindi ne' prodromi, quando esiste questo insieme di sintomi a' quali si è dato il nome di colerina, bisogna prescrivere il riposo in letto e la dieta, i clisteri mucilagginosi, le bevande gommoso o leggermente aromatiche, ma specialmente l'uso dell'oppio, che si amministra per la bocca e per clisteri. I piediluvi, i cataplasmi sinapati sono utili per diminuire la cefalalgia. Infine quando il polso presenta resistenza, la pelle un calor febbrile, quando il ventre è la sede di coliche, bisogna cavare una certa quantità di sangue mediante il salasso al braccio, o meglio coll'applicazione di un certo numero di sanguisughe. Se poi avvi abbattimento, se il polso è debole, bisogna insistere di vantaggio sulle bevande aromatiche, amministrare quindi alcuni antispasmodici, specialmente lo sciroppo di etere. I mezzi precedenti convengono pure nel secondo periodo della malattia, durante il quale alcuni anno raccomandato l'ipercacuana ed i purganti salini, nello scopo pur anche di diminuire le evacuazioni. Il vomitivo à prodotto quasi sempre ottimi risultati nella epidemia del 1832, i purganti sono stati meno impiegati, almeno in Francia, quindi la loro azione non è stata sufficientemente stabilita.

In questo stesso periodo, quando le evacuazioni sono abbondanti e gli accidenti nervosi predominati, quando in fine il polso addiviene quasi impercettibile ed il sangue stagna alla periferia del corpo come anche ne' parenchimi, bisogna sollecitare l'amministrazione delle bevande stimolanti, come le infusioni calde di camamilla, d'arnica, di caffè, di menta, di thè, i vini alcoolici ed anche l'acquavita; si eccita il calorico e la sanguificazione colle frizioni secche ed irritanti, e meglio col-

l'applicazione permanente de' sinapismi, e di un calore artificiale mediante le bocce, i mattoni caldi o i sacchetti di sabbia. I salassi sono quasi sempre nocivi in questo caso. D'altronde, spessissimo sarebbe impossibile cavar sangue in ragione del coagulo di questo liquido ne' vasi.

La energia di questi mezzi deve diminuire a misura che la reazione si sviluppa. Quando questa è completa e moderata, bisogna limitarsi a prescrivere all'ammalato le bevande dolci, acidole temperanti; se la reazione è incompleta, se continua alcun poco di cianosi, s'insisterà sul metodo stimolante e tonico; quando invece la reazione è troppo viva, bisogna moderarla coll'uso degli antilogistici, col salasso generale e locale; questi mezzi però saranno impiegati colle maggior prudenza e riserbatezza. Il regime antilogistico combinato co' rivellenti ed i vescicanti convengono anche nel primo periodo della reazione tifoidea; ma quando i sintomi dinamici predominano, bisogna di nuovo ritornare all'uso de' tonici e specialmente della chinachina.

Niun mezzo profilattico esiste contro il colera; i lazzaretti le quarantane sono state tanto inutili quanto le fumigazioni del cloro, e l'uso della canfora, degli aromatici, de' disinfettanti, ec.

Natura.—Torna inutile discutere in questo luogo sul valore di tutte le opinioni emesse sulla natura del colera asiatico. È stato considerato siccome una irritazione o una infiammazione gastro-intestinale, opinione che lo sparo de' cadaveri non conferma affatto. Altri vi han veduto un' asfissia, un' avvelenamento, una febbre algida, un' alterazione della innervazione generale o del sistema del gran simpatico. Sono tutte altrettante ipotesi, e nella impossibilità in cui ci troviamo di penetrare la natura intima della malattia dobbiamo, per classificarla convenevolmente nel quadro nosologico, aver riguardo specialmente al sintomo predominante, cioè alla esalazione intestinale: ecco perchè abbiamo collocato il colera asiatico nella classe delle segrezioni morbose.

DELL' IDROENTERORREA

Un flusso di liquido trasparente completamente acquoso e senza mescolanza con bile o mucosità può aver luogo dall'ano. Quindi ciascun sa che Morgagni, viaggiando in posta per andare a visitare un cardinale ammalato, provò degli scarichi formati da un liquido quasi limpido. Di simili fatti sono stati riportati da Mar. Donatus, Car. Piso e Poterius. Sono or pochi anni, uno de' medici più distinti dell'Hotel-Dieu di Parigi, del quale reputo a sommo onore essere suo allievo, à provato, in conseguenza di una commozione violenta occasionata da una caduta, l'accidente che Morgagni aveva osservato su di se medesimo. In tutti i casi la malattia ebbe una durata breve, eccetto

però nel medico dell'Hotel-Dieu, il quale sperimentò la evacuazione sierosa in diverse riprese per moltissimi mesi consecutivi. La quantità di liquido evacuato fu più o meno considerabile: Morgagni ne evacuò 8 chilogrammi in dodici ore, nell'ammalato di Poterius la quantità arrivò sino a 20 chilogrammi nello spazio di ventiquattr' ore. Questa escrezione non si accompagna quasi mai a dolore di ventre; qualche volta, siccome l'ò veduto nel medico dell'Hotel-Dieu, non avvi alcuna sofferenza; però gli ammalati sono molto indeboliti: così Morgagni rapporta che addivenne tanto magro come se avesse sofferto una lunga malattia: in tutti questa debolezza dura per lo più un tempo molto lungo.

Torna impossibile poter determinare quale sia l'organo che segrega il liquido. Alcuni àn creduto essere il pancreas; però niente à potuto giustificare questa opinione, e manca qualunque ragione plausibile che potesse far credere il flusso sieroso dipendere piuttosto dal pancreas anzichè dall'apparato follicolare del canale intestinale.

Si possono ravvicinare a' casi precedenti certi flussi sierosi degli organi digestivi; i quali àno risoluto molte idropisie. Quindi si sono veduti individui sbarazzati dall'anassarca dopo aver sofferto vomiti abbondanti, ed eiezioni di un siero chiaro, citrino, untoso; evidentemente in questo caso à avuto luogo una metastasi, e tutto fa credere che il fluido assorbito è stato esalato dalla mucosa gastro intestinale. Gli autori parlano ancora di alcuni altri flussi sierosi sulla natura de' quali non possediamo alcun schiarimento preciso, e la cui esistenza è almeno problematica. Tali sono per esempio, quelle diarree che si dicono essere prodotte dall'urina, dal latte, o da una materia grassa.

Il metodo di cura che bisogna adottare contro i flussi sierosi degli organi digestivi, non ancora è stato stabilito. Alcuni debbono essere rispettati; tali sono quelli che risolvono le malattie gravi, come una idropisia. In quanto al flusso sieroso di Morgagni, crediamo che quando à luogo esclusivamente dall'ano la ipecacuana può diminuirlo o sospenderlo; nel caso contrario un purgante dovrebbe avere lo stesso effetto. Quando i flussi non àno luogo contemporaneamente per la bocca e per l'ano, gli evacuanti noceono, e pare che in questi casi i cordiali ed i calmanti internamente dati procurano buoni effetti, mentre che i rivellenti si applicano alla superficie del corpo.

ESALAZIONI SIEROSE DEGLI ORGANI GENITALI DELLA DONNA

Gli organi genitali della donna sono qualche volta la sede di una esalazione sierosa la quale può aver luogo nello stato di vacuità o di gravidanza: nell'uno o nell'altro caso, il fluido sie-

roso ora è evacuato, ora trattenuto nella cavità uterina. Gli esempi di flusso acquoso dagl'organi sessuali della donna sono eccessivamente rari. Fernel, Baudelocque e molti altri però hanno citato de' fatti i quali provano che le donne hanno potuto, per molti anni consecutivi, emettere, verso ciascuna epoca mestrua alcuni litri di un fluido acquoso, senza che avesse luogo alcun disturbo grave della salute, e tutto al più le ammalate accusavano un leggiero mal'essere ed un senso di calore o di cuocione verso le parti sessuali, senza notabile cambiamento nella forma e nel volume dell'utero. Ciò esclude la idea che avea Desormeaux che i liquidi erano accumulati e trattenuti per qualche tempo nell'utero, prima di essere escreti, siccome ciò accade nella malattia che descriveremo tra poco sotto il nome di *idrometria*.

I flussi acquosi che si osservano in alcune donne gravide, specialmente negli ultimi tempi della gravidanza debbono ravvicinarsi alla precedente malattia, che gli ostetricanti indicano sotto i nomi d'idrorrea o false acque. Il liquido scappa fuori a goccia a goccia o a flutti, senza sofferenze per le ammalate, ed indipendentemente da qualunque contrazione uterina. Lo scolo à luogo spesso durante il riposo della notte; per regola generale però i movimenti del corpo e le emozioni lo provocano o lo eccitano. Il più delle volte questo flusso non spiega alcuna pericolosa influenza sulla gravidanza. Molte supposizioni hanno avuto luogo per parte degli autori onde spiegare l'origine delle false acque: gli uni hanno creduto che provenivano da una idattide rotta o dall'allantoide, gli altri le fanno derivare dall'amnios, sia che le membrane si lacerano, sia che il liquido si sia infiltrato a traverso di esse. Però Naegele ha emesso una opinione che ci sembra degna di essere adottata: questo illustre ostetricante pensa che il liquido sia esalato dalla faccia interna dell'utero, e che si accumuli per qualche tempo tra essa e le membrane scollate, poi la quantità del versamento aumentandosi, le membrane sono staccate sino al collo dell'utero a traverso del quale il liquido scappa fuori. Quando questo accidente à luogo bisogna raccomandare il riposo nella posizione orizzontale.

Più frequentemente, il liquido sieroso esalato nell'utero, specialmente nello stato di vacuità, è trattenuto per molto tempo nello interno dell'organo, prima di essere evacuato allo esterno: l'utero aumenta allora di volume e si distende. A questo accumulo di siero si è dato i nomi d'*idrometro*, d'*idrometria*, di *ascite* o d'*idropisia dell'utero*, malattia eccessivamente rara, negata pur anche da alcuni, la cui esistenza però ci pare stabilita da incontestabili fatti. Distingueremo soltanto due specie d'idrometria, secondo che lo accumulo di siero à luogo in un utero vuoto o disteso dal prodotto del concepimento. Non

parleremo in questo luogo dell' idrometro *idatico* di Astruc e di Sauvage, poichè è una malattia essenzialmente distinta da quella della quale trattasi in questo articolo, poichè è costituita dalla presenza di una o molte idatidi nella cavità dell'organo (Vedi nel t.^o 11. la storia delle idatidi). In fine, all' esempio di P. Dubois, non ammettiamo l' *idrometro celluloso* di G. P. Frank nel quale il liquido sarebbe stravasato nelle pareti uterine, opinione che questo illustre medico appoggiava solamente sopra un fatto incompleto, il quale ci sembra essere d' altronde un caso di ciste idatica sviluppata nella spessezza delle pareti o nella stessa cavità dell' utero.

1.° Idrometro fuori lo stato di gravidanza.—*Sintomi e corso*—Perchè il siero si accumuli nella cavità dell'utero fuori lo stato di gravidanza, vi bisogna il concorso di due circostanze, cioè: la chiusura dell'orificio uterino ed un aumento di segrezione uterina. Il collo dell' utero può cessare di essere permeabile in conseguenza di una infiammazione adesiva o di un ingorgo ed una degenerazione scirroso delle sue pareti, di una compressione per un tumore esterno; o anche l'orificio può essere otturato da una membrana, da un polipo, da un grumo fibrinoso, dal muco denso e tenace, ec. Hanno pur anche ammesso che un restringimento spasmodico poteva produrre lo stesso effetto; niente giustifica però questa opinione, la quale d'altronde è poco probabile. Checchè ne sia, quando le condizioni organiche che abbiamo indicate esistono, se la faccia interna dell' utero addi-diviene la sede di una esalazione sierosa o sero-mucosa, una specie d' idropisia à luogo. Sin ora non è stato possibile scoprire quali sono le cause che favoriscono o determinano questa ipersecrezione.

Sintomi—Quando una certa quantità di liquido si accumula nell'utero, questo presenta un volume proporzionato all'abbondanza del versamento; l' ipogastrio è protuberante; il peso ed i stiramenti hanno luogo agl' inguini e verso i reni. Toccando l'addome si avverte un tumore più o meno voluminoso situato sulla linea mediana; esso è intieramente matto e fluttuante; il dito introdotto nella vagina, e portato sino al muso di linca, imprime de' movimenti a questo tumore, e torna facile assicurarsi che è costituito dal corpo istesso dell' utero. In generale la mestruazione è soppressa, specialmente se la malattia è antica. Quando questa non è ligata ad alcuna lesione organica grave, le donne possono conservare un buon portamento e le loro forze; soffrono soltanto alcuni incomodi che risultano da un aumento nel volume del ventre prodotto dal tumore il quale, comprimendo i vasi del bacino, possono menare un infiltramento sieroso delle membra inferiori. Dopo un tempo più o meno lungo il liquido può uscir fuori, ora a poco a poco, altre volte bru-

scamente. Di rado è completamente sieroso; in fatti il più delle volte è misto a mucosità ed a grumi fibrinosi, o almeno è più o meno colorato di sangue. Però manchiamo di dilucidazioni più precise per questo soggetto. In fine il liquido una volta evacuato, l'utero ritorna a poco a poco al suo volume naturale. Una guarigione radicale può allora effettuarsi, a meno che la causa primitiva non persista: in questo caso la malattia può recidivare.

Secondo il Signor Jobert, l'idrometria potrebbe essere circoscritta al collo dell'utero. Questa parte sarebbe allora enfiata, il suo orificio obliterato, e gemerebbe di tempo in tempo un liquido sieroso più o meno abbondante. Questo è un punto di patologia ancor poco conosciuto e che attende novelle ricerche.

Diagnosi.—L'idrometria potrebbe essere confusa colla gravidanza, con i tumori solidi dell'utero, colla fisometria, le cisti delle ovaie, coll'ascite ed il distendimento della vescica. L'ingrandimento dell'utero per effetto del siero può associarsi alla soppressione delle regole, ad un rumor di soffio addominale per causa della compressione esercitata su i vasi, di un aumento nel volume delle mammelle, e da alcuni fenomeni simpatici che potrebbero simulare la gravidanza. Però non si distingue come in questa nè il ballottamento nè i battiti del cuore del feto; finalmente si stabilisce la fluttuazione, ciò che non può aver luogo nello stato di semplice gravidanza. I tumori scirrosi o fibrosi essendo duri, gonfi e pesantissimi, non potrebbero mai confondersi con una idrometria. Vedremo in prosieguo esser facil cosa distinguere la malattia dalla fisometria e dalle cisti dell'ovaria. La diagnosi differenziale dell'ascite e dell'idrometro non presenta alcuna difficoltà; poichè nella prima la fluttuazione è superficiale, mentre che è profonda nell'altra. Il suono matto dell'ascite può essere spostato, mentre è impossibile che ciò abbia luogo nella idropisia dell'utero; la forma del tumore, la sua situazione presso la linea mediana ed i risultati del tatto per l'organo della vagina e del retto, faranno stabilire la vera sede della malattia. In fine dagli stessi elementi diagnostici si distingue facilmente l'idrometria da un tumore della vescica. La diagnosi della malattia una volta stabilita, bisogna pure colla studio degli antecedenti, e specialmente mediante lo speculum ricercare se l'idrometria si liga a qualche lesione organica. Questa conoscenza giova molto pel pronostico e per la terapeutica.

Pronostico.—Il pronostico sarà favorevole se l'utero è sano, sarà grave se l'idrometria è sintomatica di una lesione organica.

Cura.—Tutta la cura si limita ad evacuare direttamente il liquido. Si consiglieranno dapprima le iniezioni ed i bagni per

ammollire il collo ; poi vi s' introdurrà un pezzo di spugna asciutta , la quale impregnandosi di liquido dilaterà l' orificio. Qualche volta basta pure una forte pressione sull' utero o una scossa violenta, come quella de' vomiti, per determinare lo scolo rapido del liquido stravasato. Si è pur consigliato l' introduzione senza sforzi di una sonda, di uno stiletto per spostare un tumore o vincere un ostacolo poco resistente. In fine ne' casi estremi, bisogna pungere il collo ; la esperienza però non ancora si è pronunziata sulla utilità di questo mezzo. Checchè ne sia , il liquido essendo evacuato , bisognerà impedire una novella esalazione , comprimendo il ventre ed eccitando altre segrezioni.

2.^o *Idrometria durante la gravidanza.*—Questa specie d' idrometria è costituita da un aumento maggiore del solito del fluido dell' amnios. S' ignorano assolutamente le cause che producono questa ipersecrezione ; pur tuttavia in alcuni casi, sembra essere stata il risultato di una pletora sanguigna. Rara prima del quinto mese , è stata osservata frequentemente nelle doppie gravidanze. La malattia è caratterizzata dal volume insolito dell' utero , il quale , al quinto mese della gravidanza , può essere disteso quanto al nono : allora si è veduto contenere sino a 50 litri di liquido , in tutto simile all' acqua dell' amnios. Questa estrema distensione però dell' utero à spesso per effetto di provocare l' aborto ; altre volte la gravidanza arriva al suo termine, ma il feto nasce debole, caduco ; in fine molti fanciulli muoiono nell' utero , e sono espulsi più o meno lungo tempo dopo. La idropisia dell' amnios è pericolosa pel feto soltanto.

L' arte è quasi impotente contro questa malattia. Quando la distensione dell' utero è molta , le donne provano una grande ansietà, allorchè le digestioni e l' ematosi sono disturbate o impedita dalla compressione ed il respingimento verso il petto dello stomaco e del diaframma, è urgenza evacuare le acque dell' amnios. Per ciò si pungerà il sacco dell' amnios per la via della vagina e a traverso del collo , il che deve preferirsi alla puntura praticata tra l' ombelico ed il pube, consigliata da Camper e da Scarpa.

SECONDO GENERE DI SEGREZIONI MORBOSE

DELLE SEGREZIONI MUCOSE

Il fluido segregato dalle membrane mucose può essere esalato in maggior quantità ; a questo aumento della segrezion mucosa gli antichi anno dato il nome di *catarro*.

La parola *catarro* à espresso per molti secoli una idea impoetica e svariatamente assurda soltanto. I medici greci ed i

loro successeri supponevano in fatti, che una materia morbosa esalata nella testa si dirigeva in seguito verso una mucosa; però dopo F. Hoffmann, i flussi mucosi sono stati studiati ed interpretati in modo più razionale. Quindi questo medico considerava queste segrezioni morbose siccome unite ad una lesione speciale della mucosa, e come lo effetto, la conseguenza di un' alterazione de' fluidi; in fine la generalità de' moderni patologi le hanno descritte siccome un' affezione primitiva dello stesso organo segretore. Ogni accordo però svaniva quando si trattava di determinare la natura della malattia. Per gli uni, la parola catarro non significa altra cosa, se non che una infiammazione acuta o cronica di una membrana mucosa, mentre che altri l'hanno riserbata per indicare un flusso mucoso che à luogo indipendentemente da qualunque lavoro infiammatorio manifesto, ed è questa la idea che vi attacchiamo. Nello stato attuale della scienza, la parola catarro deve dunque dare la idea di un aumento accidentale nella secrezione de' follicoli mucosi, senza che questi siano la sede di un lavoro infiammatorio.

Gli antichi piretologi avevano considerato quest'alterazione della secrezion mucosa siccome quella che costituiva il carattere essenziale di certi stati febbrili distinti; tali erano le febbri catarrali, mucosa, pituitaria. Nella prima esisteva una malattia limitata alla membrana pituitaria ed a' bronchi, mentre nelle altre l'alterazione occupava in oltre la mucosa degli organi digestivi. Consultando però le principali relazioni di epidemie che ci sono state trasmesse, si vede che sotto i nomi di febbre catarrale, mucosa o pituitosa, i medici avevano molto meno descritto una malattia speciale anzichè malattie diverse regnanti sotto una stessa costituzione epidemica. Se d'altronde nella febbre catarrale semplice esistesse una manifesta alterazione infiammatoria di molte mucose, specialmente di quella degli occhi, del naso, della gola e delle vie respiratorie, la malattia di questi tessuti era meno evidente, ed il più delle volte era dubbia nelle febbri chiamate mucose o pituitose, o se pure esisteva, non era che un epifenomeno di uno stato generale. In fatti le forme gravi di queste pretese febbri catarrali appartengono manifestamente alla nostra malattia tifoidea. Finalmente è cosa certissima, siccome lo à detto il Signor Littré, che nel maggior numero de' casi, una malattia è stata chiamata catarrale, non per i sintomi che si osservavano nelle membrane mucose, ma in considerazione di una causa ipotetica, detta catarrale, della quale se ne ammetteva gratuitamente la esistenza.

I catarrri specialmente quando sono cronici, sono il più delle volte primitivi; qualche volta però succedono manifestamente ad una infiammazione acuta, la quale si è spenta ed à lasciato dietro di essa, nella mucosa, un esaltamento della secrezione naturale del tessuto, una specie di abitudine morbosa.

Il catarro è caratterizzato dallo scolo più o meno abbondante di un liquido senza colore, filante, vischioso, o pure fioccoso, il quale a misura che la malattia è più antica, addiuviene più denso, giallastro, verdastro, poi opaco, e prende in fine un aspetto purulento in certe circostanze, quando, per esempio, un'alterazione grave di struttura è sopravvenuta nel tessuto, o quando questo è colpito da infiammazione. Il fluido segregato esala un odore insipido, raramente fetido; il più delle volte è alcalino, qualche volta acido. Osservato col microscopio, ora è omogeneo, altra volta si compone di globetti affatto simili a quelli del pus; da ciò la difficoltà ed anche la impossibilità di distinguere le due diverse specie di liquido. I flussi mucosi, si accompagnano da diversi disturbi, secondo la mucosa affetta, secondo l'abbondanza dello scolo, secondo l'antichità e la sua durata. La segrezion mucosa non determina spesso alcun dolore; altra volta l'organo esalante è la sede di alcun poco di calore e di prurito; però non si osservano quasi mai i sintomi di reazione, o almeno, quando esistono, sono debolissimi ed affatto efimeri. Quando lo scolo è antico e molto, si veggono quest'individui impallidire e cadere in uno stato di languore: le carni sono flosce, la pelle scolorata, le digestioni turbate, la febbre etica si accende qualche volta; finalmente gli ammalati possono perire esinaniti.

I flussi mucosi anno un corso regolarissimo; si esacerbano senza causa manifesta, e la ragione si rinviene qualche volta in un raffreddamento del corpo o in un abbassamento della temperatura, specialmente se è umida nello stesso tempo: quindi i catarrhi si aggravano nell'autunno e nello inverno, mentre le stagioni ed i climi caldi li diminuiscono generalmente, o qualche volta li fanno cessare affatto.

I flussi mucosi anno una variabile durata; raramente durano meno di un settenerario; vanno spesso soggetti alle recidive, e quindi passano allo stato cronico; la loro durata è allora indeterminata. Molti tra essi sono compatibili con uno stato di perfetta salute; addiuvengono costituzionali, e formano allora una specie di emontuoio, cui bisogna por mente, e la cui soppressione troppo brusca, potrebbe qualche volta menare a gravi accidenti.

La mancanza del dolore vivo e della febbre, lo sviluppo troppo intempestivo della segrezion mucosa, o almeno le variazioni quasi istantanee che presenta, sono altrettanti caratteri che distinguono i flussi mucosi dalle infiammazioni delle membrane mucose. Aggiungiamo che quando la segrezione non è eccessiva, i catarrhi sono generalmente compatibili colla salute, oltre a che molti disturbano a pena o affatto le funzioni dell'organo che ne è la sede, non così avviene della infiammazio-

ne. L' affezione catarrale però non è sempre semplice ; in fatti qualche volta è sintomatica , o almeno coesiste con qualche grave alterazione di tessitura. Si sospetta una simile complicazione quando il dimagrimento non è in rapporto nè coll' antichità nè coll' abbondanza dello scolo : quando esistono dolori vivi o quando il muco è misto a sangue nerastro , è opaco , o si osservano alla superficie delle strie strette , irregolari ed opache , che sembrano prodotte dalla materia purulenta. La distinzione del pus e del muco non è però sempre cosa facilissima. Se il muco è filante , trasparente , e non si mischia coll' acqua , non potrà essere confuso col pus bianco, opaco, che forma una emulsione coll' acqua e si precipita col riposo; ma i casi che recano imbarazzo sono quelli ove la membrana mucosa esala un fluido che à la consistenza del muco ed il colore del pus. Per risolvere questo problema , si è proposta la ispezione microscopica e moltissime esperienze chimiche ; noi però abbiain veduto che se qualche muco , come quello dell' utero , è omogeneo e privo di globetti , tutti gli altri contengono dei globetti identici a quelli del pus ; essi sono soltanto un poco meno numerosi. Le esperienze chimiche non ànno presentato sin ora se non che risultati incertissimi. D' altronde, siccome lo dice ragionevolmente il Signor professor Bérard, queste ricerche non offrono alcuna utilità , poichè colla semplice ispezione può dirsi se il muco sia misto o pur no al pus. In fatti se una mucosa offre un liquido, avendo ancora una certa viscosità; se senza essere fluente , come il pus , colorisce di un bianco giallo l' acqua colla quale si unisce: se vi si osserva un maggior numero di globetti di quello che esiste normalmente nel muco ; bisogna conchiudere che il fluido sottoposto allo esame è un misto di pus e di muco. A questo riguardo, ricordiamo di bel nuovo quel che abbiamo detto altrove , cioè che la presenza del pus non indica necessariamente e nè meno ordinariamente, siccome si è creduto per molto tempo , che la membrana mucosa sia la sede di una soluzion di continuo; bisogna solamente conchiudere che il tessuto è probabilissimamente infiammato.

Il pronostico delle affezioni catarrali è più o meno grave secondo la intensità , la durata , l'abbondanza della segrezione mucosa , secondo la sua sede e le sue complicazioni.

Le affezioni catarrali colpiscono in spezieltà gl' individui di una costituzione molle, linfatica , le donne ed i fanciulli , i debilitati dalle malattie , dagli eccessi , da un regime debilitante. La età spiega una grande influenza sulla sede della malattia; quindi nella infanzia, si osservano specialmente i catarrhi di naso , degli occhi e degl' intestini ; nello adulto , si vede il catarro dello stomaco ; il vecchio è in spezieltà colpito da catarro della vescica e de' bronchi : in fine nella donna non avvi

membrana mucosa tanto disposta ad essere affetta da catarro quanto quella della vagina o dell'utero.

Di rado, anche allo sviluppo, i catarri si accompagnano da una reazione febbrile tale perchè sia necessario l'uso degli antiflogistici. In questi casi una medicatura semplicemente emolliente è bastante; per poco però che lo scolo si prolunghi, bisogna ricorrere a' ferruginosi, agli amari, agli aromatici, a' balsamici, amministrati internamente sotto forma di lavande, d'iniezioni, o di fumigazioni; finalmente quando lo stato delle parti lo permette, bisogna modificare le superficie colla cauterizzazione.

Dopo le generalità sin ora esposte, non intendiamo seguire lo studio de' flussi mucosi in tutte le membrane che possono fornirli; quindi passeremo sotto silenzio la *rinorrea* che rassomiglia moltissimo alla coriza cronica, eccettuato che colla segrezione abbondante delle mucosità non esiste alcun segno d'infiammazione nella mucosa di Schneider. Ometteremo anche attatamente di parlare della *blenorrea* o flusso uretrale, per parlarne in occasione delle blenorragie. I soli flussi mucosi di cui crediamo occuparci in questo luogo, perchè i più importanti, sono: 1. la *Broncorrea*, la *gastrorrea*, la *diarrea mucosa*, la *leucorrea* ed il *catarro vescicale*.

DELLA BRONCORREA

Sinonimia.—Catarro pituitoso, flegmorragia polmonale, flusso bronchiale.

La broncorrea è una malattia caratterizzata dalla espellazione di una quantità considerabile di muco senza colore, filante trasparente, misto a bolle di aria e simile al bianco di uovo sciolto nell'acqua: questa segrezione è luogo indipendentemente da qualunque lavoro infiammatorio.

Storia.—Siamo debitori a Laënnec delle prime nozioni che abbiamo avute sulla broncorrea. Questo medico eminente ha descritto questa malattia sotto i nomi di catarro *pituitoso* e di *flegmorragia polmonale*. Poco tempo dopo il Signor Arald, nella sua opera *Sur la nature e le siège des maladies*, ed il Signor Andral, nella sua *Clinique*, pubblicarono alcune osservazioni degne di essere consultate; al Signor Roche però è dovuto l'onore di aver dato, nell'*Dictionnaire de médecine e de chirurgie pratiques*, una storia molto completa della malattia, e con ragione l'ha separata dalla bronchite. A questi diversi lavori bisogna unire quello pubblicato in Inghilterra da Copland.

Divisioni.—La broncorrea esiste nello stato acuto e cronico; questa divisione è la sola che possa ammettersi ragionevolmente nello studio di questa malattia; d'altronde è adottata dai signori Roche, Andral, e G. Copland.

Anatomia patologica.—Di rado è dato esaminare quale possa essere lo stato de' bronchi nella malattia di cui trattasi. Laënnec à preteso che i caratteri anatomici di questa malattia consistevano in un mediocre gonfiamento della mucosa polmonale, che gli è sembrato un poco di ammolimento, e non gli à presentato che un leggiero arrossimento disseminato qua e là. Soltanto questo rapporto, aggiunge Laënnec, la malattia di cui trattasi sembra essere sul limite che separa le congestioni sierose dalle congestioni sanguigne, ed appartenere piuttosto alle prime anzichè alle seconde. Le dilucidazioni che dà Laënnec in questo luogo sono, come lo si vede alquanto più precise. Il Sig. Andral, avendo avuto occasione di sparare molti cadaveri morti nel corso di una broncorrea, à trovata la membrana mucosa pallida in tutta la sua estensione: io stesso l'ò osservato una volta; la mucosa bronchiale, interamente pallida, aveva ancora la sua spessezza e la sua consistenza normale. Questi fatti ci autorizzano dunque a considerare la broncorrea come una malattia essenzialmente distinta dalla bronchite acuta e cronica: questa opinione sarà in oltre tosto confermata per i sintomi come pure pel corso della malattia.

Sintomi.—I sintomi ed il corso della broncorrea, come pure gli agenti terapeutici ad opporsi, differiscono secondo che la malattia è acuta o cronica.

1.° *Sintomi e corso della broncorrea acuta.*—La broncorrea acuta sviluppa in generale in modo quasi improvviso; gli ammalati accusano molta dispnea, una grande oppressione, un senso di angoscia nel petto, questo è agitato dalle scosse di una tosse secca, penosa, quasi convulsiva; il suono è perfetto, ma l'ascoltazione fa scovrire quasi da pertutte de' rantoli sibilanti, misti qualche volta a' rantoli umidi, mucosi e sotto crepitanti. Questi disturbi per parte della respirazione non tardano a produrre una congestione della faccia con una tinta violacea e tumefazione enorme delle vene del collo; allora la fisionomia è alterata, gli estremi sono freddi, il polso piccolo, insensibile, irregolare; un sudore freddo cove tutto il corpo; vi sono vertigini, oppressione, lipotimie, e spesso, nel momento dove la morte sembra imminente, gli ammalati espettorano con maggiore o minore sforzo una quantità considerabile di sputi bianchi, trasparenti, filamentosi, misti a bolle di aria e simile ad una soluzion concentrata di albumina. Questi sputi sono rigettati dopo alcune scosse di tosse, qualche volta quasi spontaneamente ed in tanta quantità che gli ammalati sembrano vomitare. Questa escrezione può continuare per alcune ore, raramente per un giorno; cessa a poco a poco dopo che gl'individui hanno espulso 3 o 4 chilogrammi di un fluido albuminoso e senza che ab-

bia mai avuto luogo la febbre. Terminata la escrezione, accade qualche volta che gli ammalati ripigliano tutte le apparenze della salute; il più delle volte però conservano per uno o molti giorni un poco di oppressione e di tosse, alcuni rantoli secchi disseminati nel petto, ardore alla gola, perdita di appetito ed una grande stanchezza. Gli stessi accidenti si riproducono alla fine di un tempo più o meno lungo; raramente gli accessi ritornano dopo alcuni giorni, ordinariamente passano molti anni: si comprende bene che se la malattia avesse luogo dopo brevi intervalli e fosse accompagnata in ciascuna volta da un'abbondantissima segrezione mucosa, gli ammalati andrebbero soggetti al dimagrimento ed a' principali sintomi della febbre etica. I casi di questo genere però sono infinitamente rari. Possi stabilire che la broncorrea acuta presenta due esiti soltanto: 1.^o la guarigione che à luogo rapidamente, quasi senza convalescenza e questo è il caso più ordinario; 2.^o la morte che succede per asfissia, in alcune circostanze eccezionali, quando la esalazione è addivenuta talmente abbondante nei bronchi che tutto l'albero respiratorio viene ad essere ostrutto.

2.^o *Sintomi e corso della broncorrea cronica.*—La broncorrea cronica, più frequente della forma acuta, è quasi sempre consecutiva del catarro polmonale cronico. I caratteri anatomici della infiammazione cessano però, ma la segrezione dura per effetto di una specie di abitudine morbosa de' tessuti. Esiste la tosse, una dispnea più o meno forte, i rantoli umidi e secchi nel petto; finalmente uno stato permanente di mal' essere. In queste condizioni si stabilisce d'ordinario, specialmente durante la notte o alcune ore dopo il pranzo, un flusso bronchiale muco-albuminoso accompagnato da oppressione, da dispnea, da tosse; raramente però si osserva questo insieme di sintomi sì grave che si osservano comunemente nella broncorrea acuta. In questa forma di malattia, gli accessi sono più ravvicinati; qualche volta àno luogo una o due volte in ogni ventiquattr' ore. Quindi è che gli ammalati sputano ciascun giorno 1 o 2 chilogrammi di fluido muco-albuminoso. Nonostante questa segrezione avanzata, la salute generale può mantenersi: però queste perdite continue, alterano la costituzione alla fine di un certo tempo. Gli ammalati gialliscono, impallidiscono, o prendono una tinta sbiadata; le loro forze diminuiscono, la dispnea addivene abituale, dimagrano, l'appetito si perde, le digestioni si alterano, una febbre elica si accende, e periscono dopo essere pervenuti all'ultimo grado di marasma. Altri muoiono soffocati da una grande quantità di fluido esalato; in fine alcuni periscono in seguito di una malattia intercorrente, come la pneumonia o una malattia organica del cuore. La durata della broncorrea cronica è lunga e sempre indeterminata.

Diagnosi.—La broncorrea acuta o cronica differisce dalla bronchite, 1.° per la sua invasione, 2.° per la natura albuminosa della espettorazione, 3.° per la quantità considerabile del fluido evacuato in poco tempo, 4.° per la rapida scomparsa degli accidenti. La broncorrea rassomiglia in qualche modo all'asma umido, col quale è spesso confusa; vedremo più tardi che gli accessi i quali caratterizzano l'asma non somigliano affatto a quelli della broncorrea; d'altronde la segregazione bronchiale differisce nelle due malattie. È raro, per esempio, che quella la quale forma la crisi di certi accessi di asma sia tanto bondante e tanto albuminosa quanto quella della broncorrea. In fine i fenomeni ottenuti dall'ascoltazione, la natura de' sintomi generali, ed il corso della malattia non faranno confondere la broncorrea cronica nè colla eticia nè colla dilatazione de' bronchi (vedi queste malattie).

Pronostico.—Il pronostico della broncorrea acuta è grave nel solo caso in cui la segregazione essendo molta, le materie sono difficilmente espulse, il che può occasionare la morte per asfissia. La broncorrea cronica poi, à un pronostico grave, perchè raramente la si può guarire completamente; il più delle volte può essere solamente palliata.

Etiologia.—La broncorrea assale soltanto gli adulti ed i vecchi, gl'individui grossi, adiposi, di temperamento linfatico, quelli che menano una vita sedentanea; i vecchi podagrosi vi sono più predisposti. La impressione del freddo, i patemi morali, l'umido, una digestione stentata sono le cause determinanti più comuni della broncorrea; questa à luogo ordinariamente dopo le recidive frequenti di catarro polmonale.

Cura.—La broncorrea acuta sviluppa spesso con accidenti talmente gravi da richiedere l'uso di un rimedio attivo per prevenire una imminente asfissia. In questo caso si è consigliato di fare un salasso al braccio; però questo mezzo può essere applicato di rado, in ragione della debolezza primitiva dello individuo e dello stato attuale del polso e delle forze: dunque bisognerà praticarlo quando gl'individui sono giovani, forti, e ne quali l'arteria brachiale presenterà una certa resistenza. In tutti i casi il salasso sarà moderato, *esploratore*, e potrà ripetersi se si ottengono utili effetti.

In queste condizioni, in generale è preferibile l'amministrazione del vomitivo, specialmente la ipecacuana, a dosi rirate (25 o 30 centigramme in ogni quarto d'ora), da eccitare le nausee continue, e per conseguenza uno stato di scossa verso il petto e di compressione de' polmoni, che favoriscono l'uscita delle materie segregate ne' bronchi. Quando però gli accidenti sono pressanti, bisogna di botto amministrare 1 gramma d'ipecacuana, o meglio 15 centigramme di emetico, per

produrre prontamente delle evacuazioni pel basso e per l'atto ed un effetto rivulsivo. Per ottenere un effetto emetico Copland consiglia di amministrare 1 gramma 10 centigramme di solfato di zinco, ed altri anno raccomandato l'uso della radice di viola in decozione (4 a 12 gramme in 1,000 gramme di acqua), però questi mezzi non anno alcun vantaggio sull'emetico, ed il loro effetto è più o meno incerto. Qualunque sia la gravezza degli accidenti, bisogna procurare le controirritazione, e specialmente eccitare diverse segrezioni: in questo doppio scopo si usano i purganti ed i diuretici, si aggiungono i sinapismi sugli estremi e le ventose secche sulla pelle del torace. In fine ne' casi estremi, non bisognerebbe trascurare l'applicazione di uno o molti larghi vescicanti.

La maggior parte de' mezzi che abbiamo enumerati conven-gono pur anche nella broncorrea cronica, per metter ostacolo agli accidenti acuti che anno luogo nel momento in cui il flusso si stabilisce; nello intervallo degli accessi, bisogna cercare di prevenirli mediante una buona igiene, o pure modificando lo stato organico della mucosa bronchiale. Quindi gli ammalati eviteranno tutte le cause del raffreddamento, mangeranno moderatamente, specialmente la sera; però il loro nutrimento sarà sostanzioso, tonico; faranno uso della flanella dalla testa ai piedi; meneranno una vita attiva, si purgheranno di tempo in tempo, o pure si stabilirà un esutorio premanente al braccio.

Per modificare lo stato segretore della mucosa bronchiale bisognerà ricorrere alle acque minerali solforose per bevande o per bagni; si consiglierà specialmente l'uso interno dell'acqua di catrame, del balsamo di copaiba e di tolu, e di tutte le sostanze balsamiche e resinose. Gli ammalati possono anche inspirare certi vapori, come quello di catrame, di benzuino o di coccole di ginepro. In fine quando gli ammalati sono gonfi, pallidi, indeboliti si amministreranno i ferruginosi ed i tonici energici, come la china-china.

Natura — Da' dettagli precedenti risulta che la broncorrea deve appartenere alla classe de' flussi; l'esaltata segregazione costituisce in questo luogo il solo elemento patologico, il solo per conseguenza che potesse caratterizzare e classificare la malattia. invocare uno stato irritativo, sarebbe una gratuita ipotesi. Da ora in poi è provato che la broncorrea non è una varietà della bronchite. Non bisognerebbe trovare la prova in contrario nella esistenza de' rantoli secchi, che abbiamo indicati come costanti, poichè si spiegano per lo stato di congestione momentanea che la mucosa forse à poco prima dalla segregazione. Dico forse, perchè questa congestione preesistente non è dimostrata, e non pare affatto necessaria. D'altronde è impossibile che i rantoli siano

il risultato dalla esalazione di un muco tenace; ed è forse questa la spiega più vera del fenomeno.

DELLA GASTRORREA

L'abbondante esalazione di un fluido mucoso alla superficie della membrana interna dello stomaco e la sua uscita mediante il vomito caratterizzano la malattia conosciuta sotto il nome di *gastrorrea*.

Questa malattia, ancora poco studiata, può essere *idiopatica* o pure *sintomatica*. Nella prima varietà, non esiste alcuna lesione materiale manifesta nella tessitura della membrana mucosa dello stomaco che spieghi la esalazione o segrezione morbosa di cui essa è la sede.

Sintomi, corso. — Nella gastrorrea, si veggono individui, in apparenza sani su tutti i rapporti, espellere di tempo in tempo, e dopo sforzi di vomito, un liquido affatto acquoso, il più delle volte vischioso, filamentoso, trasparente, simile al bianco dell'uovo, insipido, raramente acido o salato. La sua quantità varia; può essere di 50 a 60 gramme soltanto, o pure aumentarsi sino a 400 o 500. Questo esaltamento morboso succede il più delle volte a digiuno; più raramente a luogo nel mezzo del giorno o pure una o molte ore dopo il pranzo, ed in questo caso gli alimenti sono quasi sempre trattieneuti nello stomaco, mentre che il fluido mucoso solo è espulso. Nella maggior parte degli ammalati la gastrorrea non produce quasi mai alcun disturbo, anche per parte degli organi digestivi. Se qualche volta i vomiti sono preceduti da mal'essere e da dolori epigastrici, se in altri l'appetito è perduto, e se, per molti giorni che precedono e sieguono, le digestioni sono stentate, si può dire che questi fatti sono eccezionali, e nella maggior parte degli individui colpiti da gastrorrea, i vomiti producono solamente un poco di mal'essere, e non impediscono nè l'appetito nè l'integrità delle digestioni. In una parola, queste persone, dopo aver vomitato, riprendono tutte le apparenze della salute.

I vomiti si ripetono a variabili intervalli. Spesse volte passano molti mesi tra ciascun accesso; in altri questi si riproducono una o molte volte la settimana; in fine in molti anno luogo ad epoche più ravvicinate, ciascuna mattina, per esempio, poco dopo lo svegliare.

Durata, esiti. — La gastrorrea può guarire; in generale però a una durata molto lunga, ed addiviene finalmente costituzionale. Si comprende che la riproduzione della segrezione prolungandosi può produrre la ipertrofia delle glandole mucipare, e forse anche quella di tutta la membrana mucosa, poichè la ipertrofia di alcuni organi è spesso la conseguenza di un accre-

sciuta attività nelle loro funzioni. Però non è ancora dimostrato che la gastrorrea possa essere, come si è detto, una causa attiva di cancro; se qualche volta questa degenerazione è stata osservata in quelli che presentavano da lungo tempo un flusso mucoso dello stomaco, ciò à avuto luogo per semplice coincidenza; e ne' casi in cui si può stabilire un rapporto tra le due malattie, si trova che la gastrorrea è stata piuttosto effetto che causa del cancro.

Diagnosi. — Abbiamo detto precedentemente esistere una gastrorrea sintomatica, e non esservi alcuna lesione che la determinasse così spesso quanto la degenerazione scirroso o cancerigna delle pareti dello stomaco; la gastrorrea è allora qualche volta il primo sintomo di questa terribile malattia. Si supporrà che il flusso mucoso dipende da questa causa quando si veggono le digestioni abitualmente difficili, o quando avvi anoressia continua, o anche quando l'ammalato demagra e si depaupera ogni giorno, quando la carnagione si fa giallastra, accidenti che non si osservano nella gastrorrea idiopatica. In quest'ultima però si potrebbe osservare il deperimento degli ammalati, se il flusso dello stomaco fosse abitualmente abbondante, questo caso però è eccessivamente raro; d'altronde molte differenze si rinverrebbero negli altri sintomi e nel corso della malattia per poter stabilire, se non con certezza, almeno probabilmente, la diagnosi differenziale.

Pronostico. — La gastrorrea non compromette la vita, ma è una malattia incomoda ed il più della volta ostinata.

Etiologia. — Le cause che danno luogo alla gastrorrea sono ancora mal determinate; pare però che questa malattia assalga più spesso gli uomini che le donne, gl'individui adiposi, quelli che mangiano alimenti aromatizzati, le carni affumicate, salate, i frutti acidi, e quelli specialmente che abusano de' liquori spiritosi. Quindi è che spessissimo si osservano uomini i quali, l'indomani di un eccesso di tavola, vomitano a digiuno una certa quantità di un fluido albuminoso. Si veggono gli ubriachi ne' quali una simile escrezione si riproduce regolarmente tutti i giorni al loro svegliarsi. In questo caso la ipersecrezione si spiega per lo sopraeccitamento della membrana mucosa. In altri lo stesso accidente si produce in seguito di un disturbo nella innervazione; tali sono, per esempio, le gastrorree che accompagnano certe nevrosi dello stomaco.

Cura. — Dalla enumerazion delle cause, si comprende che un regime convenevole deve essere il più delle volte il principale e forse l'unico mezzo per lo quale si potrà combattere certe gastrorree. Bisognerà in paritempo studiare la suscettività individuale; poichè, in virtù di certe idiosincrasie, si veggono alcuni alimenti provocare la gastrorrea, mentre che altre gua-

riscono. In generale gli ammalati si trovano bene con un alimento tonico; quindi un regime animale, l'uso moderato di un vino generoso, di un'acqua gassosa, e dopo il pranzo una piccola dose di thè, di caffè o di acquavita, o vino di Malaga, d'Alicante, ec., convengono nel maggior numero. È cosa utile pure che il ventre sia libero, mentre spesso coll'amministrazione di un purgante, si è frenata una gastrorrea ostinata, o prevenire il ritorno di quelle che si mostrano a certe epoche più o meno stabilite. Gli amari, i tonici, specialmente l'estratto di china, di quassia amara ed i ferruginosi uniti a' bagni di mare, alle frizioni secche o aromatiche sul corpo, trionfano di alcune gastrorree ligate ad uno stato di atonia particolare dello stomaco, l'oppio è indicato: la teriaca dovrà spesso preferirsi in ragione della sue proprietà debolmente toniche. In fine, avvi gastrorree le quali sono vantaggiosamente modificate colle bevande solforose e le sostanze resinose, come il copaiba, la terebentina, il balsamo di tolu ec.

DELLA DIARREA CATARRALE

Il tubo intestinale è, tra tutti gli organi della economia animale, quello che il più delle volte viene affetto dal flusso catarrale. Questa frequenza si spiega per la estensione delle superficie, la natura delle funzioni ed i rapporti simpatici che ligano lo intestino col tegumento esterno.

Sintomi. — La diarrea catarrale è caratterizzata da deiezioni liquide, giallastre, mucose, più o meno abbondanti, che il più delle volte anno luogo senza coliche. In alcuni ammalati gli scarichi ventrali sono preceduti da dolori di ventre, ma non sono mai tanto acuti quanto quelli che determina la enterite; manca il tenesmo che abbiamo notato nella dissenteria; manca affatto la febbre; le funzioni digestive possono essere intatte, altre volte l'appetito è diminuito e gli ammalati si lagnano di una sete vivissima; il ventre è alcun poco sonoro e la sede di alcuni borborigmi. Il sintomo predominante però dopo la diarrea è una debolezza più o meno grande, proporzionata all'abbondanza delle evacuazioni. Non pertanto non può paragonarsi a quella che esiste costantemente nelle dissenterie, anche nelle più benigne; avvi spesso alcun poco di dimagrimento. La diarrea può seguire un corso acuto o cronico, e terminare dopo uno o molti giorni, o pure prolungarsi per molte settimane colle alternative; spessissimo va soggetta alle recidive.

Diagnosi. — La diarrea catarrale differisce dalla enterite per la mancanza completa o quasi completa di dolore e di febbre, perchè nella maggior parte de' casi, le funzioni dello stomaco si eseguono ancora, e la nutrizione, in generale, è poco al-

terata. La considerazione di questa ultima circostanza sarà di grandissima utilità per distinguere la diarrea catarrale essenziale, quella la quale consiste soltanto in un semplice esaltamento della segrezion follicolare, da quella che sta ligata alla esistenza di ulcerazioni intestinali o che è sintomatica di un ammolimento della membrana mucosa.

Pronostico. — La diarrea catarrale, (al quale la comprendiamo in questo luogo, è malattia sempre benignissima.

Cause. — La diarrea catarrale è una malattia comune a tutte le età. Si osserva specialmente ne' forestieri, nel primo tempo del loro soggiorno in alcune delle grandi città, come Parigi, Londra, Amsterdam. Questo leggiero accidente è provocato molto meno dall'acqua, dalla quale spesso si fa dipendere, che dal concorso di molte altre circostanze, come l'umidità ed il cambiamento di regime. Il freddo è una causa la cui azione non può essere oppugnata; quindi si veggono frequentemente individui colpiti da flusso mucoso atonico del tubo digestivo in conseguenza di un raffreddamento de' piedi o di tutto il corpo, o dopo la introduzione nello stomaco di una certa quantità di acqua fredda a corpo sudato; quindi questa malattia è comune in quelli addetti a' fornelli e ne' machinisti de' batelli a vapori dello Stato, i quali passano intempestivamente dalla temperatura di 40 o 60 a quello dell'aria esterna. Ciò risulta da un lavoro interessante inserito nel 1841 nella *Revue médicale*, dal Signor Renault chirurgo di marina. In fine esistono certe diarree catarrali di corso cronico, sostenute da un grossolano alimento, di cattiva qualità, o dal soggiorno abituale ne' luoghi umidi.

Cura. — Se la diarrea catarrale non cede in pochi giorni all'uso de' mucilagginosi e degli oppiati condiiuvati dal regime, bisognerà ricorrere tosto agli astringenti ed a' tonici. Quindi si farà sciogliere nell'acqua di risi 1 a 6 gramme di cacciu, si amministrerà l'estratto di ratania, le infusioni di Colombo (1 gramma in 250 di acqua), di quassia amara, di simaruba (8 gramme in 100 di acqua), il vino vecchio, la terriaca, una leggiera infusione fredda di china-china. Il sotto-nitrato di bismuto potrà pure essere utile; se ne prescrive la dose di 1 a 4 gramme nello adulto, e di 1 a 3 centigramme ne' fanciulli al principio del pranzo. In fine contro la diarrea ribelle a questi mezzi, si oppone spesso con vantaggio un purgante salino o amaro, come il rabarbaro, il quale agisce modificando la segrezione de' follicoli mucosi. Molte diarree croniche, dipendenti da un cattivo regime e da un'abitazione insalubre, cedono quando si cambiano le condizioni igieniche. Quando i flussi diarroici riconoscono per causa l'impressione del freddo umido, bisognerà coprire l'ammalato colla flanella, il ventre con una cintura di lana o di pelle; i piedi saranno costau-

lemente protetti dall'umido. Quindi spesse volte basta far uso degli zoccoli per ottenere una prontissima guarigione in quelli i quali essendo abituati di tenere i piedi nell'umido, soffrivano una interminabile diarrea, ostinata a tutti i mezzi dell'arte.

DELLA LEUCORREA

Sinonimia.—Flussi, o fiori bianchi; *fluor aut profluvium muliebris, menstrua aut menorrhagia alba*; catarro uterino.

Le parole *leucorrea* o *flussi bianchi*, non esprimono, come lo potrebbe far credere il loro senso etimologico, tutti gli scoli non sanguigni che hanno luogo dalla vulva, poichè si debbono comprendere sotto queste due denominazioni soltanto gli scoli bianchi, cronici; a quali sono soggette certe donne che d'altronde non presentano alcun'altra malattia dell'apparato genitale. Il Signor Marc d'Espine, il quale nel 1836 ha pubblicato negli *Archives* delle interessanti ricerche su questo soggetto, pensa di più che la leucorrea non esiste realmente che per quanto lo scolo è tanto abbondante da recare incomodo alle donne. Io partecipo a questa opinione.

Caratteri anatomici.—Manchiamo di lumi positivi sullo stato anatomico degli organi genitali di quelle donne che muoiono con leucorrea. Si è detto che la membrana mucosa della vagina e dell'utero era qualche volta livida o violacea; il più delle volte però è pallida, e non presenta alcun'alterazione di spessezza o di consistenza. Lo scolo leucorrico deriva il più delle volte dalla vagina o dal collo, un po meno dalla faccia interna del corpo dell'utero; in fine; in casi estremamente rari a luogo dalle trombe di Falloppio.

Sintomi.—I sintomi della leucorrea si dividono in *locali* e *generalì*.

1.° Sintomi locali.—Si produce dalle parti esterne della generazione uno scolo mucoso, bianco giallo o verdastro, senza odore o di odore insipido, di sapore incognito. Qualche volta è acquoso, ma quasi nella metà de' casi è albuminoso e trasparente; altre volte la sua trasparenza è meno completa, e più o meno striata di grigio, di blo di giallo: in fine, può essere affatto opaco, cremoso o caseoso. Torna difficile poter dimostrare la causa di queste variazioni di colorito. Alcuni fatti fanno supporre che i coloriti azzurrognolo e giallastro si rannodano a qualche complicanza infiammatoria; manca però a questo riguardo qualunque dato positivo. L'abbondanza dello scolo varia di molto; avvi però delle donne le quali sono appena umettate; in altre poi esiste un gemito continuo molto incomodo; quindi le ammalate sono obbligati di guarnirsi co-

me quando hanno le loro regole. Alcune donne han perduto in una sola giornata molte libbre di liquido. Oltre a che lo aspetto le qualità fisiche e la quantità dello scolo leucorroico variano moltissimo nella stessa donna da un momento all'altro: quindi una temperatura umida e fredda, l'uso di certi alimenti, le passioni tristi, l'avvicinarsi delle regole, ee, aumentano in generale i flussi bianchi, i quali addivengono nello stesso tempo molto meno albuminosi. Molte donne si lagnano di stiramenti agl'inguini, alla parte superiore ed interna delle cosce, nei lombi, alle regioni sacra e verso i reni. Esaminando lo stato degli organi sessuali, si trova che le parti sono pallide, flosce; la vagina sembra più larga, la sua mucosa è pallida o azzurrognola; il collo sembra qualche volta enfiato; l'orificio geme quando lo scolo arriva dall'utero. La pelle della vulva e della parte superiore delle cosce è qualche volta escoriata per effetto dell'umore acre che acquista momentaneamente la materia dello scolo. In fine si è detto che le donne leucorroiche erano indifferenti ai piaceri venerei, e che le altre andavano nello eccesso contrario. Però manca affatto qualunque dato certo a questo riguardo, ed in simili casi si è mancato di esattezza nella considerazione del temperamento o delle abitudini, ed in quella che non appartiene allo stesso scolo.

2.^o *Sintomi generali.*—Quando la leucorrea dura per qualche tempo, le donne si fanno pallide, il colorito si abbatte; le carni sono flosce, le forze diminuiscono: le ammalate cadono in uno stato di languore; spesso sono tormentate da stitature, da dolori nevralgici verso lo stomaco; soffrono inappetenza o pure un bisogno di prender continuamente degli alimenti e mai si satollano; le digestioni sono lente, stentate, alcune volte vi sono bizzarri desideri. Finalmente le ammalate anenanti, soffrono palpitazioni, cefalalgia. In queste condizioni, le regole diminuiscono di quantità, si sospendono o addivengono irregolari. In fine le donne provano tutti i disturbi che accompagnano comunemente la clorosi.

Forma, corso, durata.—I sintomi precedenti si osservano a diversi gradi nella maggior parte delle leucorree, però essi caratterizzano soltanto lo stato cronico, il quale è, propriamente parlando, la forma abituale della malattia. In alcuni casi la leucorrea, specialmente quella che si manifesta all'improvviso, produce alcuni accidenti acuti di eccitamento. Quindi il prurito della vulva è qualche volta insopportabile; vi sono ardori urinando, un senso di calore, di peso nella vagina; le donne provano un dolor gravativo, incomodo all'ipogastrio e verso i fianchi; lo scolo è dapprima sieroso, dopo alcuni giorni prende la consistenza e addi viene giallo o opaco. In fine dopo alcune settimane, lo scolo finisce, o pure la malattia

passa allo stato cronico. La leucorrea è una durata variabile; essa può durare molti mesi, molti anni, e prolungarsi per tutto il tempo della vita. In questi casi, lo scolo, quasi sempre continuo, offre numerose irregolarità per l'abbondanza, il colorito l'odore, la densità; cambiamenti che non possono essere sempre spiegati per le condizioni igieniche o individuali. La leucorrea può essere periodica; la si vede, per esempio, per molti anni vicaria del flusso mestruo. Questi fatti, senza essere frequenti non sono però rarissimi.

Accidenti consecutivi, esiti.—La guarigione è l'esito ordinario della leucorrea; il più delle volte a luogo spontaneamente. Altre volte i flussi bianchi cessano nelle ragazze subito dopo che le regole si sono stabilite, e nelle donne dopo un parto, ec. Si citano casi in cui la leucorrea è scomparsa dopo gli scarichi ventrali o i copiosi sudori, dopo una salivazione, o in seguito di una malattia acuta. Si dice che i flussi bianchi potevano terminare colla morte; io però non conosco alcun fatto autentico che potesse comprovarlo. Crediamo che in tutti i casi citati a dovuto esistere qualche lesione organica sconosciuta.

I flussi bianchi abituali sono stati considerati siccome capaci di produrre diverse malattie dell'utero e della vagina, e specialmente il prolasso di questi organi o pure un' affezione cancerigna; se però la prima di queste opinioni è probabile, la seconda non lo è affatto. I flussi bianchi sono stati pur anche imputati come una delle cause di sterilità in certe donne, e si è anche preteso che quando addivenivano madri, i figli erano rachitici, scrofolosi e ciechi; nessuna di queste opinioni è stata giustificata dalla osservazione, d'altronde anche che questi fatti fossero stati osservati più spesso nelle leucorroiche che nelle donne di stato florido, rimarrebbe ancora a determinare se si dovessero far dipendere piuttosto dallo indebolimento della costituzione che precede e produce spesso i flussi bianchi che dalla stessa leucorrea. L'uomo che coabita con una donna affetta da leucorrea corre egli forse qualche pericolo? E egli vero, per esempio, che potesse contrarre una blenorragia? Ecco un punto di dottrina molto delicato. Considerato siccome un punto di vista scientifico, vi vorrebbe molto perchè questa quistione fosse risolta, però la cosa essendo affatto inutile per la pratica, mentre qualunque ne sia la soluzione, la tranquillità delle famiglie richiede spesso riportare ad un'acrimonia particolare di certi scoli leucorroici o di flusso mestruo, per spiegare molte blenorragie dell'uomo, e per metterè un velo su i dispiacevoli risultati della infedeltà coniugale. Si concepisce che quando lo scolo leucorroico è abundantissimo, e che perdurra per moltissimi anni, l'economia vi si è sino ad un certo punto abituata, forse in questo caso vi avrebbe del pericolo a soppri-

merla intempestivamente. Non bisogna però accettare siccome bene osservati i casi numerosissimi riportati negli autori in cui la scomparsa di una leucorrea antica avrebbe dato luogo alle malattie acute o croniche più gravi, poichè il più delle volte in questo caso avvi soltanto coincidenza.

Diagnosi.—Moltissime malattie acute e croniche della vulva della vagina e dell' utero producono uno scolo bianco, giallo o verde più o meno copioso: questo scolo però si distingue dalla gonorrea propriamente detta per lo corso, pei sintomi concomitanti, e specialmente pe' risultati che danno il tatto e la esplorazione mediante lo speculum. Questo strumento può esso solo dimostrare se lo scolo deriva dalla vagina o dall' utero o pure dall' uno e dall'altra contemporaneamente. Tutti i mezzi però che la scienza possiede sono insufficienti per far distinguere i semplici flussi bianchi da uno scolo venereo, e quindi si è obbligato ragionare per le semplici probabilità (Vedi l'articolo *Ble-norrhagia*).

Pronostico.—Se la leucorrea non compromette la esistenza costituisce però una malattia dispiacevole per la donna, e porta seco spesso uno stato malaticcio assai incomodo.

Etiologia.—La leucorrea è una malattia più comune ne' paesi umidi e freddi che ne' climi caldi; assale ancora più spesso le donne delle grandi città che quelle della campagna. Il temperamento linfatico sembra predisporre a' flussi bianchi; però le donne pletoriche, quelle di una forte costituzione vi sembrano più predisposte delle donne gracili. Le altre cause predisponenti e determinanti la cui azione è la meno incerta sono la eredità, la compressione sul ventre mediante i busti forniti di ossa di balena, l' abuso degli alimenti gelatinosi che producono l' atonia degli organi digestivi, una vita sedentanea, le tristi passioni, la dimora in luoghi umidi o bassi, un coito troppo spesso ripetuto, o il soggiorno nella vagina di un corpo estraneo, come un pessario, la esistenza degli ossiuridi nel retto, o le emorroidi interne che intrattengono un flusso permanente in vicinanza degli organi genitali, i disturbi della mestruazione, i partì, e specialmente quelli immaturi. Finalmente avvi alcune cause per così dire speciali a ciascun individuo, e che agiscono soltanto in virtù di una idiosincrasia particolare; tali sono per esempio que' casi numerosissimi in cui si veggono i flussi bianchi copiosi aver luogo dietro la introduzione nello stomaco di certi alimenti o di certe bevande, come il thè, il caffè col latte o il latte puro, certe conchiglie, la carne delle rane, certi frutti acidi, ed anche l'acqua di certe sorgenti. Si è pur anche detto che i flussi bianchi potevano aver luogo dietro la soppressione di un cauterio o di certi flussi, come i sudori, una emorragia costituzionale; nella maggior parte de' casi però citati,

il rapporto tra la causa e lo effetto non ci sembra affatto bene stabilito. La leucorrea è una malattia endemica nelle grandi città, può sotto l'influenza di certe costituzioni atmosferiche, svilupparsi con maggiore intensità e rivestire affatto il carattere epidemico. Fréquentissimi esempi sono stati raccolti nel corso dell'ultimo secolo; i principali sono quelli osservati da' medici di Breslaw, nel 1702, dal Morgagni in Italia nel 1710; da Bassins, a Hall nel 1730, a Parigi nel 1763, ec.

Cura.—Moltissimi rimedi sono stati raccomandati contro i flussi bianchi; non indicheremo se non che i principali, quelli la cui azione è meglio dimostrata.

Quando la leucorrea, manifestandosi bruscamente, è accompagnata da accidenti acuti, bisognerà raccomandare il riposo, l'uso de' bagni, le iniezioni emollienti, un nutrimento dolce e la continenza. Quando i flussi bianchi sono antichi, bisognerà investigare le cause che hanno potuto svilupparli e sostenerli, e così collocare le ammalate in altre condizioni. Quando la causa è sconosciuta, o quando ha terminato di agire, e la leucorrea continua, bisognerà dirigere la cura, avendo riguardo specialmente allo stato generale. Quindi allorchè la donna è fortemente costituita e pletorica, tornerà util cosa praticare il salasso; si prescriveranno le bevande subacide, come la limonea minerale; si attiveranno le segrezioni ventrali, quelle de' reni e della pelle coll'uso ripetuto de' purganti, de' diuretici e de' sudoriferi. A questi mezzi si uniranno le iniezioni emollienti dapprima, poi astringenti o aromatiche; esse saranno composte colla decozione di tannino o la tintura dello stesso raccomandata dal Signor Gibert; con una decozione di genziana, di foglie di nocce di galla, col vino rosso, l'aceto di piombo, o di colchintide (4 gramme in mezzo litro di acqua ridotta a tre quarti mediante l'ebollizione), siccome lo raccomanda il Signor Serres di Lione, il quale amministra questo mezzo unitamente all'uso interno del ioduro di potassio. Queste iniezioni saranno praticate esclusivamente nella vagina, e mai nell'utero, a causa della facilità colla quale il liquido iniettato nell'organo può introdursi nelle trombe e spandersi nella cavità del peritoneo. Se le iniezioni falliscono, si ricorrerà alla cauterizzazione col nitrato di argento.

La leucorrea inveterata coesistendo ordinariamente con uno stato di debolezza e di anemia, richiede l'uso de' tonici e degli amari; come la china-china, il balsamo di copaiba, del Pérou, le preparazioni di ferro, le acque minerali di Spa, di Passy ed i bagni di mare. Questi mezzi tutti tornerebbero inutili senza un regime igienico. Bisogna dunque raccomandare un'abitazione asciutta, ariosa, esposta al Sud, il camminare a piedi a sole elevato, un alimento tonico, le frizioni secche aromatiche sul corpo e l'uso della flanella.

DEL CATARRO VESCICALE

Il catarro vescicale è stato considerato dalla maggior parte degli autori siccome una forma della infiammazione della vescica circoscritta alla membrana interna; da ciò il nome di *cistite mucosa* adottata da molti; altri preferiscono di chiamarlo *cistite catarrale*, in ragione della natura della secrezione morbosa. Però queste due malattie, confuse per un solo sintomo comune che presentano (*le urine mucose o filamentose*) debbono essere distinte tra loro durante la vita siccome lo sono dopo la morte sul cadavere. In fatti nella cistite, le pareti vescicali sono rosse, nerastre, spessite, friabili, ammolite, ulcerate, fungose, ec. Nel catarro poi la vescica non à subito quasi alcuna modificazione palpabile nella sua struttura; la sua capacità è soltanto, qualche volta, alcun poco diminuita. La mucosa può anche presentare alcune piastre color di lavagna, vestigie di una congestione antica. Però quasi sempre questa membrana è pallida; raramente è spessita o assottigliata; in guisa che, per spiegare l'esalazione di cui essa è la sede durante la vita, si è obbligato d'invocare un semplice perversimento nelle sue funzioni senza alterazione del tessuto. Il catarro vescicale, isolato in tal guisa dalla cistite acuta o cronica, è una malattia rarissima.

Sintomi, corso. — Il catarro vescicale può essere primitivo; altre volte è consecutivo della cistite; questo rapporto etilogico tra le due malattie spiega sino ad un certo punto perchè siano state sì lungo tempo confuse. Il catarro vescicale è una malattia quasi sempre cronica, nella quale non si trovano che accidentalmente i segni di eccitamento generale e locale. Se vi sono dolori all'ipogastrio o al perineo, essi sono vaghi, poco vivi, coesistono soltanto in un peso; gli ammalati urinano più spesso, ma senza provare quei bisogni stimolanti, che premili che si osservano nelle infiammazioni. L'urina durante la emissione, sembra avere il colorito normale; può essere alquanto meno limpida, è un poco acida, e passa tosto allo stato alcalino; allora esala un odore ammoniacale; col raffreddamento, si separa in due strati, superficiale l'uno ed affatto liquido, l'altro esistente nel fondo del vaso, presenta una densità più o meno grande; essa è tremolante, vischiosa, filamentosa, biancastra, qualche volta affatto trasparente; presenta moltissima analogia coll'albumina dell'uovo. La sua quantità non è sempre la stessa; alcuni ammalati ne emettono appena alcune gramme, altri poi ne segregano più di 500 in un sol giorno. La proporzione varia inoltre a seconda di moltissime circostanze: quindi la materia morbosa è più abbondante nella stagione fredda, quando l'atmosfera è pregna di umido, o quando la traspirazione di-

minuisce o che la superficie del corpo è stata esposta per accidente ad una causa di raffreddamento. Uno stato di eccitamento o piuttosto di subinfiammazione della mucosa vescicale à, per lo contrario, il risultato di diminuire l'esaltamento mucoso, il quale prende generalmente un colorito alquanto giallastro o di un bianco sporco. Nello stesso tempo i bisogni di urinare sono più frequenti, più imponenti, ed il dolore ipogastrico o del perineo è alcan poco più vivo. Questi sintomi di eccitamento, circoscritti quasi sempre all'organo ammalato, possono mostrarsi una o molte volte nel corso della malattia.

Il catarro vescicale semplice, quello che affetta un individuo la cui costituzione non è ancora molto deteriorata, non esercita alcuna influenza pericolosa sulla nutrizione; quindi l'appetito si conserva e le digestioni sono regolari. Quando però la esalazione fosse molta, si osserverebbero gli accidenti che determinano tutte le segrezioni abbondanti. Si dice che il catarro poteva, quando era copioso o che si prolungava, produrre la morte per estinguimento; però siamo di avviso che un simile effetto sia molto raro: in questo caso il catarro è stato pure confuso colla cistite cronica. Il catarro vescicale à una durata sempre lunga ed indeterminata. Alcuni individui lo veggono cessare momentaneamente durante la stagione calda o quando vanno ad abitare un clima più temperato: però la malattia ricompare nell'inverno e quando gli ammalati ritornano nel loro paese.

Dalla presente descrizione, si vede quanto il catarro vescicale sia distinto dalla cistite.

Pronostico. — Il pronostico del catarro della vescica è molto meno grave di quello della cistite: il primo è una malattia incomoda, molto meno per i pericoli a' quali espone che per la sua ostinazione, e per la facilità colla quale si rende recidivo. Il catarro vescicale diminuisce meno della cistite l'attività degli organi genitali.

Etiologia. — Il catarro vescicale affetta in preferenza i vecchi; sembra riconoscere la maggior parte delle cause della cistite cronica; si manifesta specialmente sotto la influenza del freddo e dell'umido. Gli individui che hanno sofferto molti attacchi di cistite, o pure quelli la cui vescica è stata per molto tempo irritata dalla presenza di un calcolo del quale sono stati liberati poscia, sembrano esservi più predisposti. Su questo soggetto però possediamo soltanto alcuni dati incerti. Il catarro può essere sintomatico della presenza di un calcolo, e questo allora è di un piccolo volume.

Cura. — Quando si è conosciuto che il catarro vescicale non si liga alla presenza di un calcolo, bisogna prima di tutto, sottoporre gli ammalati ad un convenevole regime igienico. Essi abiteranno un luogo asciutto, ben esposto, e se il clima è favorevole, saranno mandati in paesi più dolci. Si covriranno in-

tieramente di flanella; si attiveranno le funzioni della pelle mediante il moto, gli stropicciamenti e le frizioni secche; l'alimento sarà abbondante, sostanzioso, senza essere però troppo eccitante. L'ammalato sarà costretto a non lasciare che la vescica si distenda con una grande quantità di urina; non trascurerà mai di urinare e se qualche ostacolo vi si opponesse, si praticherà il cateterismo una o molte volte al giorno. Questo regime però non trionfando sempre della malattia alle cure igieniche bisogna unire l'uso di alcuni medicamenti de' quali la esperienza ha dimostrato da molto tempo la loro utilità; intendo parlare de' balsamici, come il balsamo di copaiba, del Perou, della Mecca, l'acqua di catrame e specialmente la terebentina cotta, che si amministra in pillole, sotto forma di pozione, alla dose progressiva di 2 a 16 gramme o per clisteri, quando lo stomaco non può sopportarla. Sono state pur anche proposte certe iniezioni e specialmente quelle coll'acqua di catrame, delle acque minerali solforose di Barèges e di Enghien. Le acque di Balaruc, di Centrexeville, sotto forma di bagni, di bevande d'iniezioni potranno essere anche consigliate. In fine quando tutti i mezzi tornano inutili, si può tentare la cauterizzazione superficiale della vescica secondo il processo del professor Lallemand. Questo celebre pratico, da diciassette anni a guarito con questo mezzo i 9710 de' catarrhi vescicali che à avuti a curare, e de' quali la maggior parte erano stati ribelli per molti anni a tutti gli sforzi dell'arte. Coloro i quali non si sono completamente guariti anno per lo meno provato una miglioria notevole. (Vedi più sopra *cistite cronica*.)

TERZO GENERE DI SEGREZIONI MORBOSE

DELLE SEGREZIONI PROPRIE AD ALCUNI ORGANI

I fluidi particolari segregati da molti de' nostri organi possono essere prodotti in quantità maggiore del solito. Questa ipersecrezione quando è molto copiosa, addiuvine la causa di numerosi accidenti: questi variano secondo la natura del fluido e secondo che quest'ultimo è segregato in maggiore o minor quantità.

Studieremo successivamente la ipersecrezione del sudore, del grasso, della saliva, della bile, dell'urina, del latte e dello sperma. Passeremo sotto silenzio il flusso delle lagrime, poichè la esaltata secrezione di questo liquido non si osserva affatto che nelle malattie del globo oculare e delle palpebre, o pure sotto la influenza di uno stato nervoso particolare, siccome nelle emozioni tristi, e qualche volta nella gioia eccessiva. Oltre a che i flussi delle lagrime non sono mai portati a tal segno da indebolire la costituzione, pur tuttavia bisogna dire che lo scolo abbondante delle lagrime sulle guance non indica necessa-

riamente una ipersecrezione di questo fluido, ma spesso si liga ad un ostacolo portato alla sua secrezione in seguito di un rovesciamento delle palpebre o di una ostruzione delle vie lagrimali. Trattando del flusso delle urine, parleremo soltanto della poliuria, riserbando la storia del diabete alla fine del 11.^o volume, nelle malattie speciali, atteso che il diabete è molto meno caratterizzato da una ipersecrezione di urina che dalla presenza dello zucchero in questo liquido. Quest' ultima alterazione è costante, mentre la prima manca alcune volte.

DELL' EFIDROSI

Sinonimia. — *Hyphidrosis*; disodia cutanea.

Non ci occuperemo in questo luogo de' sudori più o meno abbondanti siccome sintomi di molte malattie (febbre perniciosa diaforetica, miliare, etica polmonale, assorbimenti purulenti, ec.); ma voglio solamente chiamare l'attenzione su certi sudori morbosi che sembrano non dipendere da nessuna lesione, e costituiscono realmente una malattia speciale sempre incomoda e che può essere anche la sorgente di accidenti più o meno gravi.

I sudori costituiscono uno stato morboso quando sono troppo abbondanti o quando sono alterati nella loro qualità.

Que' sudori che appellansi morbosi per la loro abbondanza, sono quasi sempre generali; però si son veduti qualche volta occupare soltanto una metà del corpo. Finalmente esistono dei casi molto meno rari di sudori limitati in certi punti circoscritti, siccome le guance, la testa, le ascelle, le mani, le parti genitali è specialmente i piedi.

La efidrosi è dunque caratterizzata da una considerevole esalazione di sudori che hanno luogo in modo continuo o ad intervalli più o meno lontani, e qualche volta periodici. Questa ipersecrezione, quando è generale non si osserva affatto che ne' convalescenti ed in quelli deboli; essa succede ora in modo spontaneo: il più delle volte a luogo solamente quando il corpo è riscaldato per lo cammino, pe' vestimenti troppo pesanti, o pel calore artificiale, o pure dopo il pranzo, o in seguito di una viva emozione dell' animo, in una parola dietro tutte le cause le quali aumentano normalmente la quantità del sudore: solamente, ne' casi de' quali è parola, gli effetti sono molto più considerabili. Però vi sono casi in cui il sudore à acquistato un odore acido, urinoso, cadaverico, o pure un fetore penetrante, come lo si osserva frequentemente per quello de' piedi e delle ascelle. Pel suo sapore, si è trovato assolutamente insipido, o pure amaro, dolciastro, salato; può essere anche alterato nel suo colorito; quindi si è veduto giallo, verde, nero, blo, ec.

La sua temperatura è più o meno elevata, la sua consistenza può essere negativa, o pure simile a quella della pece o vischiosa. In fine il sudore sembra contenere qualche volta certi prodotti di normali segregazioni, come la bile, l'urea: si è pur anche detto che certe bevande introdotte nello stomaco potevano scappar via mediante la traspirazione, senza aver subito la menoma modifica; questi fatti straordinari debbono accettarsi colla maggiore riserbatezza.

Se i sudori morbose fossero generali e bondantissimi, potrebbero finalmente produrre l'abbattimento delle forze, il dimagrimento, e tutti gli accidenti che trascinano le eccessive evacuazioni; questi casi sono eccessivamente rari. Quando i sudori sono parziali, la porzion della pelle per la quale la esalazione à luogo è più o meno modificata nella sua sensibilità, l'epidermide è spesso gonfio, bianco rugoso, come se fosse stato sottoposto per lungo tempo alla macerazione dell'acqua calda.

I sudori abbondanti in generale si prolungano di molto. Alla fine di un tempo variabile ed affatto indeterminato, la segregazione diminuisce, e ritorna quasi al suo stato normale. Spessissimo lo esaltamento della segregazione produce il dimagrimento, ma di rado stabilisce gli accidenti della febbre etica. La soppressione istantanea poi, è stata soventi volte la causa determinante di un gran numero di malattie o d'incomodi, come le pleurisie, reumatismi, nevralgie, ec.

Cura. — Per combattere i sudori generali, bisogna allontanare le cause manifeste che provocano la segregazione. Gli ammalati saranno dunque collocati in un'aria fresca, e moderatamente coperti, dormiranno sopra la paglia o sul crino, faranno uso de' bagni freddi di acqua di mare o di Barèges, si provocheranno le altre evacuazioni, e se lo stato della costituzione lo richiede, si userà un regime corroborante ed i medicamenti tonici. Si potrebbe puranche ottenere qualche vantaggio dalla limonea minerale, dallo acetato di piombo e dallo agarico bianco.

Il sudore delle ascelle e specialmente quello dei piedi è un incomodo per lo quale gl'individui chiedono i consigli. Ne' casi di sudori fetidi de' piedi, bisognerà imporre agli ammalati di far uso delle calze di filo e di leggiere calzature; prenderanno tutti i giorni uno o due piediluvi coll'acqua fredda di Barèges. Ne' casi in cui la soppressione del sudore producesse accidenti, siccome il Signor Mondière ne cita degli esempi, bisogna richiamarlo sollecitamente avvolgendo i piedi con calzature di lana ricoperte di un taffetà gommato; o pure si potrebbe, seguendo il consiglio del Signor Ruete di Goettingue, impolverare con un piccolo cucchiaino d'idroclorico di ammoniaca, e

del doppio di calce viva una calzetta che l'ammalato conserverà durante la notte.

DELLA POLISARCIA O OBESITÀ

L'accumulo del grasso, addivenuto tale da recare incomodo ad alcune delle funzioni della economia, costituisce lo stato morboso conosciuto sotto il nome di polisarcia o di obesità.

La polisarcia è locale o generale. La prima è piuttosto deforme che malattia; la si osserva spesso nelle pareti addominali e nell'epitloon, negli uomini dopo i trent'anni e nelle donne che hanno avuto molti figli. Questo accumulo parziale di grasso raramente incomoda la digestione, il più delle volte però rende difficile ed anche impossibile la flessione del tronco alla parte anteriore.

Quando la polisarcia è generale, il corpo acquista un volume enorme; può pesare 150, 300 ed anche 400 chilogrammi. Il grasso che in un adulto ben nutrito non forma che un ventesimo del peso totale del corpo, può formare la metà, i due terzi ed anche i quattro quinti. Il corpo presenta allora un enorme volume; le sue diverse parti sono sformate. Quest'individui si muovono con stento; hanno un portamento tutto particolare, in ragione della difficoltà che provano a stendere e piegare le articolazioni. La maggior parte sono incapaci del menomo esercizio senza che non soffrano anelito, e non si baguino di sudore e non siano palpitanti. Gli uni appena mangiano, ma la maggior parte sono voraci; in molti la testa va soggetta alle congestioni dopo ciascun pranzo, ed hanno una gran tendenza a dormire. Quest'individui, dicesi, non essere portati per l'alto venereo. Le donne obese sono spesso sterili, e molte irregolari nella mestruazione. A torto però si accusano questi esseri d'incapacità di dedicarsi ad alcun lavoro intellettuale, perchè la storia e la osservazione contemporanea c' insegnano che molti eminenti uomini in tutte le carriere sono stati colpiti dalla infermità di cui è parola. Moltissimi di quest'individui muoiono in seguito di congestioni o apoplezie viscerali; la maggior parte periscono con una malattia di cuore o di emorragia cerebrale; si dice pure che in questi le malattie acute finiscono il più delle volte colla morte.

Diagnosi.—La diagnosi della polisarcia è facile: la durezza delle carni, la mancanza della impressione del dito non la faranno confondere coll'anassarca.

Pronostico.—Questa malattia è grave in ragion degli incomodi che l'accompagnano e la difficoltà di curarla. Quando assale i giovani toglie ogni speranza di longevità. Non succede così degl'individui che addiungono obesi ne' primi anni della

vita , poichè spesso accade allora che l'eccesso della grassezza scompare spontaneamente. Il Signor Raige-Delorme à citato a questo riguardo un fatto curiosissimo di un ragazzo il quale alla età di dodici a quindici mesi aveva una enorme obesità, il che dava luogo ad una respirazione talmente breve e precipitata che sembrava continuamente minacciato da soffocazione. Non pertanto arrivò alla età di due anni e mezzo senza provare alcun accidente ; liberato in seguito dalla sua infermità , non differiva in nulla dagli altri fanciulli della sua età, meno che si distingueva per la sua statura svelta ed alta.

Cause.—La polisarcia è una malattia spesso ereditaria: spessissimo si manifesta sin dalla più tenera infanzia; l'abbiamo osservata al suo massimo grado in un ragazzo di tre o quattro anni. In generale comincia verso il trentesimo anno, ed aumenta dopo il quarantesimo. Questa malattia, si manifesta in preferenza in quelli che menano vita oziosa, sedentanea, e fanno uso di un nutrimento succulento ; quindi si osserva nella classe ricca, per lo contrario è rarissima ne' contadini, eccetto quelli i quali come i massari, vivono nella comodità. La obesità è malattia frequentissima in quelli addetti agli uffizi ed al gabinetto, nei prigionieri, a causa del poco esercizio ; è comune negli ecclesiastici, i macellai ed i pizzicagnoli pel buon uso che fanno della vita oziosa. Quest'ultima causa è quella che spiega la frequenza della obesità negli uffiziali di cavalleria, ed anche nei semplici soldati di quest'arma, mentre che è meno comune nei fanti, specialmente in quelli non graduati. I climi umidi, freddi vi predispongono ; la si dice più frequente nella Olanda, in Inghilterra, in Egitto, in Italia che in qualunque altra parte. In fine la castrazione, la perdita di un membro, ec, sono anche circostanze che favoriscono lo sviluppo della polisarcia.

Cura.—Subito che l'individuo manifesta una disposizione alla obesità, bisogna diminuire la quantità degli alimenti, sciogliere quelli meno forniti di principii nutritivi ; si preferiscono i legumi erbacei. Si raccomanderà il moto a piedi, poco sonno, tutte le evacuazioni saranno attivate e specialmente i sudori, gli scarichi ventrali, le urine e lo sperma. Questi mezzi saranno continuati con perseveranza. L'aceto il quale è stato raccomandato, e che il volgo usa ancora, non à alcun'efficacia, ed il suo uso smodato non va esente da pericoli. Nella polisarcia locale s'impiegherà la compressione.

DELLA SIALORREA

Sinonimia.—Flusso di saliva, ptialismo, salivazione.

L'aumento morboso della segrezion salivare à ricevuto il nome di *scialorrea* di *ptialismo*, di *salivazione*.

Il ptialismo è un accidente che accompagna frequentemente le malattie che hanno sede nella bocca, specialmente le diverse forme della stomatite e particolarmente la stomatite mercuriale, la infiammazione della lingua e delle gengive, i dolori della dentizione ed anche la carie de' denti e delle ossa mascellari. In fine in certi casi di trisma è di nevralgie del nervo del quinto paio, si osserva pure una salivazione qualche volta considerabile, della quale si dà la spiega nella nevralgia per lo stato di eccitamento de' nervi che circondano e penetrano le glandole salivari, e ne' casi di trisma, per la pressione meccanica delle glandole e de' condotti salivari. Mi limito ricordare questi fatti, rimandando per maggiori dettagli a ciascuna delle malattie delle quali il ptialismo è uno de' sintomi o uno degli accidenti. In questo momento non debbo occuparmi che de' casi in cui la salivazione non si liga ad alcuna lesione, non si accompagna ad alcun' alterazione manifesta delle glandole salivari nelle pareti della bocca e negli organi contenuti in questa cavità; raramente però l'aumento della segrezion salivare è uno stato morboso affatto isolato. Si conosce sempre che la salivazione si liga simpaticamente alla sofferenza di un organo più o meno lontano: quindi è che la si osserva frequentemente nel corso di certe febbri continue o intermittenti, in alcune nevrosi, come nell'isterismo, ne' casi di soppressione o di qualunque disturbo sopravvenuto nella mestruazione: in oltre ognun sa che la salivazione è, dopo i vomitivi l'accidente simpatico che osservasi più comunemente nei primi mesi della gravidanza. Finalmente è costante che nelle malattie del pancreas e specialmente le lesioni organiche di questo viscere si accompagnano spesso ad una salivazione abbondante. Si osservano però de' casi in cui il ptialismo, manifestandosi in un individuo valido, non si liga ad alcun stato morboso ben caratterizzato; questi fatti però sono eccessivamente rari.

Sintomi, corso.—Il ptialismo è caratterizzato dallo afflusso continuo nella bocca di un liquido senza colore ed acquoso, qualche volta misto a mucosità. In generale è insipido, senza odore; però in alcuni casi à un sapore spiacevole più o meno stitico, e tramanda un odore insipido o forte, e più o meno fetido. La saliva segregata in maggiore o minore quantità, è in parte trangugiata, in parte rigettata mediante uno sputar quasi continuo; in fine, di sovente il liquido affluisce in sì grande quantità che sfugge involontariamente ed in modo continuo dalla bocca, e si sparge sulle labbra e sul mento; ciò osservasi specialmente durante il sonno. In coloro che dormono colla bocca esattamente chiusa, tutta la saliva penetra nello stomaco: quando la quantità del liquido è molta, però, otturando momentaneamente la gola, e qualche volta penetrando nella larin-

ge, determina uno stato di soffocazione che risveglia gli ammalati, e produce per qualche tempo un grande stato di male essere e di ansietà. Malgrado questa ipersecrezione, le ghiandole salivari non sono nè gonfie nè dolorose, e la membrana mucosa della bocca è piuttosto scolorata anzichè iniettata. Però la perdita della saliva, che può ascendere a 3 o 4 chilogrammi nelle ventiquattr'ore nuoce finalmente al travaglio della digestione, e produce il dimagrimento ed una diminuzione nelle altre evacuazioni e specialmente una diminuzione dell'urina, della traspirazione cutanea e delle materie fecali.

La salivazione in generale è un corso continuo; può ritornare periodicamente; in questi casi, essa si liga comunemente ad una nevralgia facciale, i cui accessi sono intermittenti. La malattia dura comunemente per una o molte settimane; non è cosa rara osservarla uno o molti mesi; si è puranche veduta uno o due anni.

Non sembra che la salivazione abbia prodotto la morte degli ammalati; se alcuni son periti, bisogna attribuirlo alle complicate sopraggiunte. In generale, il ptialismo diminuisce a poco a poco; altre volte finisce bruscamente dopo la comparsa di una diarrea abbondante, o per lo aumento della traspirazione cutanea.

Cura.—I collutori astringenti composti cogli acidi minerali, col mele rosato, coll'allume, colle foglie di noce, ec., sono utili, però come mezzi accessori. La principale indicazione a compiersi nella cura del ptialismo consiste nello attivare le principali segrezioni naturali. Per questa indicazione si amministrano i purganti ed i diuretici. In fine i bagni a vapore saranno utilissimi, e sostituiranno con gran vantaggio le sostanze sudorifere, la cui azione è sempre più o meno incerta. Alcuni altri mezzi empirici sono stati pur anche vantati; tali sono il carbone, la conchella la magnesia, le acque di Vichy, il colomelano e le frizioni mercuriali amministrate sino ad eccitare la salivazione; nessuno di questi però è prodotto risultati da paragonarsi a quelli che si ottengono coll'uso dell'oppio ad alta dose (20 a 40 centigramme nel corso delle ventiquattr'ore). Tutti i mezzi fin ora enumerati mancano generalmente nel ptialismo simpatico della gravidanza; però qualche volta, consigliando alla donna di tenere abitualmente nella bocca un pezzetto di zucchero candito, un pezzetto di gomma o di estratto di rigolizia, si ottiene o la reale moderazione della salivazione, o la minorazione dell'incomodo degli ammalati, i quali tranguggiano quasi tutta la saliva senza accorgersene. Per dar termine alla storia della salivazione rimando il lettore all'articolo *Stomatite mercuriale*.

DEL FLUSSO BILIOSO

In alcun' individui, un flusso bilioso si stabilisce per la bocca o dall'ano, o pure per le due vie simultaneamente, sotto la influenza di diverse cause. Questo insolito scolo forma spesso il solo disturbo, altre volte si accompagna da accidenti più e meno gravi, e costituisce una malattia conosciuta sotto il nome di *colera europeo*.

Il semplice flusso di bile è una malattia molto frequente, la sua invasione è quasi sempre improvvisa, o pure è preceduta da inappetenza e da segni d'imbarazzo gastrico o intestinale. Gli ammalati provano tosto vomiti, o una segrezione di bile verde o gialla, pura, o mista a materie mucose, saburali, o agli alimenti. Queste evacuazioni, in generale poco abbondanti, non si accompagnano ad alcun dolore addominale; il più delle volte sono seguite da sollievo. Questa malattia à una brevissima durata ma spesso va soggetta alle recidive; in alcuni si riproduce ad intervalli più o meno regolari, una o molte volte in ciascun anno. In questi casi il flusso bilioso costituirebbe secondo la opinione del volgo, un beneficio della natura, e forse preserverebbe gl'individui da qualche grave malattia: quindi il suo pronostico è sempre favorevole.

Cause.—I flussi biliosi sono più frequenti nella stagione calda, ne' climi caldi e temperati. Un nutrimento animale vi predispone; un errore dietetico può determinarne lo sviluppo; lo stesso può aver luogo per effetto de' patemi dell'animo, e soprattutto per lo sdegno, il terrore, i quali secondo il Signor Chomel, hanno una influenza non equivoca ed analoga a quella che le altre passioni producono sulla segrezione delle lagrime e dell'urina: quindi è che Fabrizio di Hilden parla di una donna nella quale un eccesso di sdegno produceva sempre lo effetto purgativo.

Cura.—Il metodo di cura si limita ad allontanare le cause che potrebbero aumentare o sospendere intempestivamente il flusso bilioso. Quando è troppo abbondante o che si prolunga per lungo tempo, si modera mediante le bevande fresche, gommose, acide, gassose.

DEL COLERA-MORBUS EUROPEO

Sinonimia.—Colera sporadico: *cholera nostras*; *trousse-galant*; *passio cholERICA*.

Nel colera-morbus che chiamasi sporadico o europeo, gli ammalati hanno vomiti, scarichi ripetuti di materie biliose, gialli o verdi, accompagnandosi da vivi dolori di ventre, da una grande ansietà, da profonda alterazione della fisionomia, da

acceleramento ed insensibilità del polso, da raffreddamento delle membra, e qualche volta da sincopi e da convulsioni.

Storia.—Questa malattia è antichissima, poichè lo stesso Ippocrate ne fa menzione: però essa è stata convenevolmente descritta ne' tempi remoti solamente da Celso, Areteo, o Celio Aureliano. Negli ultimi due secoli fissò l'attenzione di molti eminenti uomini, specialmente di Sydenham, di Bianchi, di Hofmann, di Cullen. In fine i moderni hanno rischiarato alcuni punti ancora oscuri della sua istoria; citeremo con particolarità i lavori de' Signori Geoffray (1) e Chauffart (2).

Caratteri anatomici.—Macchiamo ancora di qualunque precisa descrizione su i caratteri anatomici del colera europeo. I numerosi documenti che esistono nella scienza sono a poco presso senza alcun valore; poichè, consultandoli, non si durerà fatica a convincersi che gli autori antichi, ed anche alcuni moderni, siccome Portal, hanno rapportato al colera una moltitudine di alterazioni affatto estranee; tali sono, per esempio, la peritonite, gli strozzamenti intestinali; diverse lesioni acute o croniche della milza, del fegato degli epiploon, ec. Nulla di meno, in questi ultimi tempi, hanno preso autorità dalle ricerche di due nostri contemporanei, i signori Gravier e Chauffart, per sostenere la natura infiammatoria della malattia e la sua sede negli organi digestivi. Però a torto hanno invocato i fatti del primo, perchè avendoli raccolti nelle Indie, non possono servire per lo studio del colera proprio del nostro clima. Le osservazioni del Signor Chauffart sono del pari inconcludenti, perchè studiandole con attenzione, non si durerà fatica ad essere convinti che l'autore ha attribuito al colera le alterazioni essenzialmente croniche, come il versamento della membrana, il suo colorito di lavagna ed anche le ulcerazioni, lesioni, le quali tutte non hanno il tempo di prodursi in una malattia la quale come il colera, ha un andamento essenzialmente acuto.

Le lesioni cadaveriche che osservansi ne' colerici sono, o antecedenti alla malattia, o pure si sviluppano soltanto quando questa si prolunga di molto. D'altronde, siccome lo ha detto con molta ragione il dotto ed onorevole Dalmas, la poca stabilità che le alterazioni stabiliscono nella loro sede, diminuisce notabilmente la più gran parte del suo valore.

Sintomi. — Il colera-morbus si manifesta ordinariamente all'improvviso, specialmente durante la notte ed in mezzo ad una perfetta salute; altre volte presenta i prodromi consistenti specialmente in un mal'essere generale, in un addoloramento

(1) *Dictionnaire des sciences médicales t. V. Art. Cholera.*

(2) *Journal génér. de médecine, année 1829*

del ventre accompagnato da sete, da perdita di appetito e da flatulenze. Tosto gli ammalati provano simultaneamente vomiti ed eiezioni dolorose e ripetute: questi vomiti sono formati dapprima da alimenti per metà digeriti, poi da un liquido acquoso, saburale, bilioso, poi di bile pura; raramente sono sanguinolenti. Le materie vomitate sono spesso acide e bruciano la gola; le deiezioni sono dolorose, difficili, accompagnate da una sensazione di scottatura di erosione, di lacerazione; qualche volta atroce nel ventre, specialmente nella vicinanza dell'ombelico; esse hanno luogo simultaneamente con i vomiti o pure alterano con essi. Le materie restituite dal retto sono mucose, nerastre, gialle, verdi, porracee, raramente sanguinolenti; sono estremamente fetide: la loro uscita è preceduta o accompagnata da tenesmo, e producono una sensazione di scottatura attraversando l'ano. Il ventre è ora contratto ed ora più o meno arrotondato; i dolori qualche volta atroci de' quali è la sede, aumentano in generale colla più leggiera pressione. Nell'intervallo de' vomiti gli ammalati sono tormentati da nausea faticissime, da singhiozzi, da eruttazioni gassose e da premiti; la sete è viva, la gola scottante, l'ansietà estrema: la fisionomia è profondamente alterata, gli estremi sono freddi, spesso marmoree, violacee, mentre che il ventre è bruciante, il polso è frequente e di una estrema picciolezza, spesso impercettibile. Molti ammalati si lagnano di crampi estremamente dolorosi nel polpite, ne' muscoli flessori della coscia, all'avambraccio, alle dita, ed a' pollici del piede. Le urine sono comunemente poco abbondanti, qualche volta la loro segregazione è completamente interrotta. Finalmente alcuni ammalati provano palpitazioni dolorose, le lipotimie, altri le convulsioni. Quando la malattia arriva al suo massimo grado d'intensità la faccia addiivene ipocratica, il corpo si cove di sudori vischiosi, la voce si spegne; l'ammalato non à più forza di vomitare, è tormentato da singhiozzi e non tarda a perire.

Corso, durata. — Il colera à d'ordinario un corso continuo, esacerbante. Manifestandosi il più delle volte in modo intempestivo, tocca in poche ore il suo apogeo, e può terminare dopo dodici o ventiquattr'ore. La sua durata media non oltrepassa uno o due giorni, solamente in casi eccezionali dura al di là di tre o quattro giorni. Si sa che i sintomi colerici possono manifestarsi periodicamente, specialmente sotto il tipo terziano, e costituire allora una delle forme della febbre pernicioosa; e di ciò abbiamo fatto menzione parlando di quest'ultima.

Esiti. — La guarigione è l'esito quasi costante del colera Europeo. La convalescenza in generale è sollecita; alla fine di alcuni giorni gli ammalati sono ristabiliti. Una cosa che merita considerazione, è che gli organi digestivi i quali sono stati la

sede di un sì grande disturbo, ritornano sollecitamente al loro stato normale. In alcuni casi, per lo contrario, gli ammalati conservano per un tempo più o meno lungo un disturbo delle funzioni digestive, il che si liga spesso ad uno stato infiammatorio dello stomaco e degl' intestini. Finalmente abbiám veduto che il colera poteva avere un esito funesto; la morte allora si manifesta il più comunemente in seguito dello abbattimento che occasionano ed i patemi e le evacuazioni eccessive.

Le ricadute sono molto rare, purchè però non abbiano luogo errori dietetici; le recidive per lo contrario sono frequenti in alcuni soggetti i quali, per le condizioni igieniche alle quali sono sottoposti, sono più specialmente predisposti alla malattia.

Diagnosi. — Diverse malattie del ventre, come la gastrite, l'enterite, la dissenteria, la colica saturnina, i calcoli biliari, la peritonite, gl' invaginamenti, la indigestione e gli avvelenamenti danno luogo ad accidenti che non bisogna confondere con quelli del colera europeo; però la diagnosi differenziale non può presentare alcuna difficoltà. Quindi la gastroenterite non à nè uno sviluppo così precipitato nè un corso così rapido come il colera; essa si accompagna a febbre, i vomiti e le eiezioni, rarissimamente verdastri, sono meno abbondanti, meno frequenti, risvegliano meno dolore ed ansietà che nel colera. La natura degli scarichi nella dissenteria, farà distinguere facilmente questa malattia dal colera. La colica saturnina e gli strozzamenti intestinali si ravvicinano al colera pel vomito, ma differiscono per una costipazione ostinata, che in fatti è uno de' sintomi predominanti. Può dirsi quasi lo stesso della colica epatica, la quale si accompagna a tensione, a dolore nell' ipocondrio destro, e spesso a itterizia: gli accidenti in oltre spariscono bruscamente, e solamente a quest' epoca si manifestano i vomiti biliari. Nella peritonite, avvi febbre, con dolore vivissimo, superficialissimo e ballottamento: i vomiti esistono spesso, ma non somigliano in nulla a quelli del colera: la costipazione in fine è un sintomo ordinarissimo nella peritonite. Nella completa indigestione, vi sono vomiti, scarichi ventrali liquidi e coliche; però questi accidenti sono consecutivi ad una digestione laboriosa, la quale si accompagna ad uno sviluppo considerabile di gas fetidi, di sapore acido o di uova fracide, le materie vomitate e spesso gli scarichi ventrali sono quasi intieramente formati dagli alimenti digeriti per metà, e la loro espulsione è sempre seguita da un gran sollievo. Il colera offre molta simiglianza coll' avvelenamento di materie irritanti; però in quest' ultimo caso, i vomiti sono comparzi dopo la introduzione nello stomaco di una sostanza che à prodotto il più delle volte un senso di calore, di cuociore, di scottatura nella gola e lungo lo esofago, ed anche nella bocca, dove si trovano qualche volta delle

macchie, delle escare che indicano l'azione del caustico. I vomiti, lungi dal manifestarsi a poco presso simultaneamente colle evacuazioni alvine, precedono, invece, queste per molte ore. I dolori del ventre presentano lo stesso andamento, poichè circoscritti dapprima all'epigastrio, solamente dopo un tempo più o meno lungo guadagnano il resto dell'addome. Il colera asiatico differisce dal colera europeo per gli scarichi ventrali e le materie vomitate, che sono bianche, per la cianosi, il dimagrimento, il raffreddamento, la voce spenta, l'abolizione della circolazione, la vivacità de' crampi e la soppressione più completa dell'urina.

Pronostico. — Il colera è una malattia sempre grave. A cose eguali però, il pronostico è più pericoloso ne' due estremi della vita ed in quelli colpiti da qualche malattia cronica delle vie digestive. Il raffreddamento del corpo, la mancanza del polso, l'afonia, sono gli accidenti che debbono far temere un esito funesto.

Etiologia. — Il colera europeo si manifesta soltanto alla fine dell'està, cioè nel mese di agosto e settembre; un calore umido ne favorisce lo sviluppo. Si osserva più spesso ne' paesi meridionali, come in Spagna, in Italia in Grecia, che in quelli del centro; e specialmente del nord. Si dice che il colera colpisca più gli uomini che le donne, che inculdesse nel periodo medio della vita, e colpisce in preferenza gl'individui di temperamento bilioso: nessuna di queste asseritive però è stata ancora giustificata da qualche risultato numerico. Nella maggior parte de' casi, il colera, si sviluppa senza che si potesse scovire l'azione di una causa determinante; altre volte la malattia à luogo subito dopo una scossa morale, come la collera, dopo l'uso intempestivo di un emeto-cotartico, e più di frequente dopo l'introduzione nello stomaco di certi alimenti, come la carne di porco, i granchi, le uova di luccio, certi frutti come il melone e l'ananas. Il colera è stato puranche veduto in individui che avevano bevuto i vini nuovi, le bevande ghiacciate, mentre il corpo era sudato. In fine la esposizione del corpo alle intemperie dell'aria, al fresco della notte, o pur anche la inspirazione di miasmi putridi, è stata qualche volta la sola causa efficiente del colera. Questa malattia può assalire un gran numero di persone nello stesso tempo, e regnare quasi epidemicamente, siccome si è veduto a Versavia nel 1701, ed a Londra nel 1669 e 1676 (Sydenham).

Cura. — Gli antiflogistici, che la scuola fisiologica aveva cercato di accreditare nella cura del colera, sono quasi sempre controindicati dallo stato del polso e dalle forze dell'ammalato. La pratica degli antichi, i quali volevano che i vomiti e le evacuazioni alvine fossero rispettate per qualche tempo, perchè

essi supponevano che la natura si sbarazzasse di un prodotto irritante, era pur anche viziosa. Crediamo in fatti che la prima indicazione a compiersi consista a frenare i vomiti e gli scarichi ventrali, e calmare i fenomeni spasmodici e nervosi che tormentano gli ammalati oltre modo. Il ghiaccio e l'oppio sono i due agenti terapeutici che debbono amministrarsi per questa indicazione; gli ammalati prenderanno dunque una bevanda acidola o debolmente aromatica e ghiacciata, che verrà amministrata a cucchiaini. Nello stesso tempo si prescrive l'estratto gommoso di oppio in pillole alla dose di 5 a 10 centigramme in ogni quarto d'ora, o in ogni mezz'ora, secondo la forza più o meno intensa de' dolori. Si continua l'amministrazione del rimedio sino a che si ottiene l'effetto sedativo. Nello stesso tempo si potrà agire direttamente sugl'intestini iniettando nel retto un clistere con una decozione di altea, di amido, o una soluzione di gomma dragante, con 12 a 25 gocce di laudano di Sydenham. Nello stesso tempo l'ammalato sarà collocato nel letto; egli rimarrà immobile, si cercherà di richiamare o mantenere il calore agli estremi colle frizioni aromatiche, irritanti, ed anche meglio coll'applicazione del calore artificiale; ed i cataplasmi sinapati. Le dosi dell'oppio saranno tanto più forti e più ravvicinate in quanto che i dolori saranno più risentiti e le evacuazioni più numerose. Queste sono qualche volta talmente ripetute che i medicamenti rimangono appena negli organi digestivi: spesso la loro introduzione addivene la causa determinante di novelle evacuazioni. In questi casi gravi, bisogna sollecitamente applicare sul ventre un vescicante colla pomata ammoniacale, e servirsene per introdurre nella economia un sale di morfina, cominciando da 305 centigramme. Quando la malattia ha un esito felice, convien continuare la stessa cura per molti giorni, e solamente diminuire la quantità dell'oppio.

La cura precedente si applica nel maggior numero de' casi. Alcuni han voluto prescrivere l'oppio nella cura del colera sporadico de' giovanetti; quindi il Signor Ménard consiglia di usare in questi le sole bevande ghiacciate; se i fanciulli sono lattanti, si proibisce loro il seno sino a che esistono le evacuazioni, e non si lasciano succhiare che alcune gocce in ogni volta. Questa cura è razionale; in questo clima, merita senza opposizione la preferenza su di quella che s'impiega in America in simili circostanze, consistente nell'uso combinato de' vomitivi e del calomelano. Quando gli ammalati sono convalescenti, bisogna sorvegliare il loro alimento; perchè la maggior parte delle ricadute sono prodotte dagli errori dietetici.

Vi sono alcuni accidenti consecutivi che reclamano l'uso di diversi mezzi; quindi in certi individui tutti i sintomi di colera sono cessati, meno che i vomiti; la mancanza della febbre,

della sete, del dolore all'epigastrio, esclude in questi casi la idea di una gastrite. Questi vomiti dipendono esclusivamente da uno stato spasmodico; cedono coll'uso delle bevande aromatiche o gassose, o di qualche cucchiaino di sciroppo di etere; o de' tonici e degli amari; quando resistono a questi mezzi si applica un vescicante all'epigastrio, che quasi sempre produce la guarigione.

Natura.—Gli antichi, sostenendo che il colera era una specie di avvelenamento prodotto da un'alterazione della bile, avevano dato una opinione ipotetica, la quale non è stata giustificata nè dalle ricerche della chimica nè dall'anatomia patologica. Lo sparso de' cadaveri à pur provato che il colera non era mica una varietà della gastro-enterite, il che è ben dimostrato dal corso della malattia, che sviluppa in generale intempestivamente, e che, dopo una breve durata, finisce rapidamente, e spesso anche istantaneamente: ora questo corso non si osserva affatto nelle flemmasie di qualunque organo potesse essere. Analizzando i sintomi principali del colera, bisogna considerare questa malattia siccome un flusso attivo che à luogo alla superficie gastro-intestinale secondo un meccanismo ancora ignorato.

DELLA POLIURIA

Sinonimia.—*Hidruria*; polidipsia; *diuresis*; diabete insipido o falso diabete, ec.

La *poliuria* è una malattia caratterizzata da una emissione abbondantissima di urine acquose di un debole peso specifico, e non contengono alcun principio zuccherino; gli ammalati sono pure tormentati da una sete eccessiva che li obbliga a bere una grandissima quantità di bevande. In ragione di questo sintomo predominante alcuni autori àno dato a questa malattia il nome di *polidipsia*; altri in maggior numero, ne àno formato una varietà del diabete, e l'anno distinta sotto il nome di *diabete insipido* o *falso diabete*. Però diremo da qui a poco che alcuni diabeti insipidi appartengono al vero diabete, poichè esiste allora nella urina un zucchero di secola mascherato solamente dalla sua combinazione colle altre sostanze. Eccettuati questi casi crediamo che la poliuria deve comprendere quasi tutti i fatti descritti altre volte sotto la denominazione di *diabete insipido* o *non zuccherato*. Il Signor Lacombe, nella sua tese (1841) à dato di questa malattia una descrizione esattissima.

Sintomi.—Nella poliuria, gli ammalati possono emettere maggior quantità di urina che nel diabete; però non della stessa composizione. Nella malattia di cui trattasi ora, queste liquido è chiaro, limpido, a pena colorato, più o meno simile all'acqua filtrata, poco o niente odoroso; è neutro o leggermente acido; il calore e l'acido nitrico non lo turbano affatto; à un

peso specifico che varia all'areometro di Baume da 0,0 a 2,0, per media proporzione e di 0,4. La quantità della bevanda che gli ammalati prendono sta in rapporto con quest'alterazione della segrezione urinaria. In fatti vi sono individui i quali han bisogno di due o tre secchi di liquido per estinguere la loro sete. Questa è quasi incessante; la maggior parte degli ammalati si svegliano durante la notte per obediare al bisogno imperioso di bere e di urinare. (Lacombe). In mezzo ad un disturbo tale, le digestioni si eseguono bene, l'appetito ora si mantiene, ora aumenta, o diminuisce; gli ammalati preferiscono un alimento vegetale e le bevande acidole. La bocca è pastosa, la saliva scarsa, esiste un senso di secchezza nella bocca e nella faringe; verso lo stomaco avvi un senso d'incomodo, tal quale a quello manifestato dalla fame (Lacombe). Le funzioni respiratorie e circolatorie sono nello stato fisiologico; la pelle è generalmente arida e rugosa; gli ammalati sentono la impression del freddo; in generale sono poco nutriti; le loro forze però si conservano, e presentano quasi sempre l'aspetto esterno della salute.

Corso, durata, esiti.—Questa malattia che spesso comincia dalla infanzia, si aumenta sino alla pubertà, poi rimane stazionaria. Quando la poliuria affetta gli adulti, acquista in pochi giorni il suo massimo d'intensità (Lacombe). Le stagioni non spiegano alcuna influenza su i principali sintomi della malattia, mentre che lo sviluppo di un'affezione febbrile produce una diminuzione, per tutto il tempo che dura, nella intensità della sete. (Lacombe). La poliuria dura indeterminatamente, di rado meno di molti anni e si prolunga anche per tutta la vita. Quando finisce, la guarigione è per lo più efimera, e le recidive sono frequenti, sembra però che questa malattia non abbia mai prodotto la morte, ma lascia gl'individui in uno stato abituale di debolezza, e quando comincia nella infanzia o nella pubertà, può, come l'abbiamo osservato una volta, ritardare lo sviluppo regolare del corpo.

Diagnosi.—La poliuria potrà confondersi col diabete solamente, ma ne differisce per la composizione delle urine per la influenza diversa sullo stato della nutrizione e delle forze, per la lunghezza della malattia, che d'altronde non è mai funesta (vedi *Diabete*).

Pronostico.—Se la poliuria non compromette prossimamente la esistenza, non pertanto deve considerarsi come incomoda in ragione della ostinazione e dello stato malaticcio che mantiene per tutto il corso della vita.

Cause.—Le cause della poliuria sono ignorate. Questa malattia assale più frequentemente gl'individui linfatici e scrofolosi: gli uomini sembrano essere più di frequente colpiti, e la età

adulta aumenta le predisposizione. Da un fatto che il Signor Lacombe riporta nella sua tesi, sembra che la poliuria può mostrarsi ereditaria in certe famiglie.

Cura.—La cura della malattia di cui trattasi, non ancora è stata ritrovata. Sono stati impiegati ora gli antillogistici, gli astringenti, gli antispasmodici, il regime vegetabile ed animale ec.

DEL FLUSSO DEL LATTE O GALATORREA

Un flusso smodato di latte, producendo un'alterazione più o meno grave nella salute della donna, caratterizza la galattirrea o galatorrea. Questa malattia affetta le nutrici o le donne di fresco partorite.

Sintomi.—Il latte è segregato e colà abbondantemente pel fatto del succhio del fanciullo, o anche indipendentemente da questo eccitamento, cioè in modo spontaneo; il flusso a luogo allora specialmente dopo il pranzo; la biancheria della quale la donna si è guarnita, è bagnata. Questa segregazione può accompagnarsi da dolori e da stramenti verso le mammelle e le ascelle. Quantunque queste perdite abbiano per effetto di aumentare dapprima l'appetito, tosto si osserva che la donna si fa pallida, magra, e le sue forze si abbattano; quindi è oppressa, ansante e tormentata da palpitazioni; l'appetito diminuisce o cessa; finalmente la febbre etica si accende, gli accidenti colligativi, come la diarrea ed i sudori, si manifestano ed accelerano il termine fatale. È anche più comune che questi ultimi accidenti siano sintomatici della presenza di tubercoli polmonali de' quali la galattirrea è stata la causa occasionale. Senza questa complicazione, il flusso del latte può cessare e la salute ristabilirsi sotto la sola influenza di un convenevole regime.

La diagnosi della malattia non presenta alcuna difficoltà; il suo pronostico può essere grave se il flusso è spontaneo, abbondante, e se la costituzione è deteriorata.

Cause.—La galatorrea dipende il più delle volte dal soverchio eccitamento de' seni prodotto da un fanciullo vorace, o dalla lattazione di molti fanciulli nello stesso tempo o anche da una lattazione troppo prolungata. La malattia pare anche aver luogo per lo abuso degli accidenti, di un alimento troppo nutritivo, o pur per lo contrario, per un regime debilitante, o dalla cattiva costituzione degl'individui.

Cura.—La prima indicazione consiste a svezzare il fanciullo, non bruscamente, poichè vi andrebbe del pericolo, ma lentamente ed avendo cura di dare il latte solamente dopo elasso molto tempo dal momento del pranzo. Le forze si sosterranno con un alimento riparatore, al quale si unirà spesso con van-

taggio l'uso de' ferruginosi. I seni saranno convenevolmente sostenuti, esercitando su di essi una leggiera pressione. Le donne non faranno alcuno sforzo; dovranno specialmente astenersi dal eseguire movimenti colle membra superiori; finalmente si produrranno delle controirritazioni mediante i piediluvi, i lassativi, i diuretici ed i sudoriferi; il piccolo latte di Weiss compie molte di queste indicazioni. Quando non ostante lo spopamento del fanciullo, la galattorrea continua, si è proposto di adoperare le lavande vinose ed aromatiche sul petto, o ungerlo col linimento canforato. Il Signor Riesseberg di Berlino à consigliato l'uso del iodo, e specialmente il ioduro di potassio internamente, siccome capace di estinguere la segrezione del latte. La esperienza però non ancora si è pronunciata sulla efficacia di questo mezzo (Vedi il *Journal de Malgaigne*, numero di gennaio, anno 1844).

DELLA SPERMATORREA

Sinonimia.—Polluzioni, perdite seminali.

Sotto il nome di spermatorrea si debbono comprendere gli scoli più o meno abbondanti e ripetuti di sperma che anno luogo senza le circostanze che ordinariamente le provocano (coito manustuprazione), e che si manifestano spontaneamente senza alcuno eccitamento o per effetto di uno stimolante che sarebbe insufficiente nello stato di salute. E siccome gli effetti dispiacevoli che si osservano sulla costituzione sono gli stessi, qualunque sia il modo con cui la segrezione dello sperma à luogo, sia questa spontanea come nelle polluzioni, o provocata per eccessi di donne o per manustuprazione, riuniremo in questo articolo tutti gli accidenti che possono risultare dagli abusi venerei in qualunque modo potessero praticarsi.

Storia.—Gli accidenti che vengono in seguito degli eccessi venerei anno in tutti i tempi fissato l'attenzione degli osservatori. Quindi Ippocrate ne à dato una descrizione succinta nel suo secondo libro de *morbis* sotto il nome di *consumzione dorsale* Celso non si è dimenticato nel suo libro sulla conservazione della salute; ma il quadro più spaventevole è stato dato da Areteo. Questo importante soggetto fissò più particolarmente l'attenzione de' medici negli ultimi due secoli: quindi Hoffmann, Senac, de Gotter, Van-Swieten, Storcq, Gaubins, se ne sono occupati. Tutti conoscono la celebrità di Tissot; ma con ragione questo autore è stato rimproverato per aver esagerato i tristi risultati della manustuprazione, presentando come effetti ordinari i più gravi accidenti, i quali felicemente anno luogo solo in casi eccezionali. Per conseguenza la lettura del libro di Tissot non può essere utile per un medico, ed è pernicioso per l'onanista, il quale

non provando ordinariamente gl' incomodi che l'autore indica, crede ch'egli abbia voluto solamente spaventarlo. Il trattato che il Signor Deslandes à pubblicato sullo stesso oggetto, pochi anni or sono, non offre gli stessi inconvenienti, ed à meritato forse di essere alquanto più scientifico di quello di Tissot. Non bisogna passare sotto silenzio in questo luogo una dissertazione che Wichman pubblicò in Alemagna nel 1782 e che era quasi caduta in oblio nel suo paese, quando Sainte-Marie ne diede una traduzione francese nel 1817. Però il libro più distinto che abbiassi fin ora è, senza contradizione alcuna, quello del professor Lallemand sulle *pertes séminales*. Quest'opera, nella quale l'autore à troppo spesso sviluppato la sua brillante immaginazione, e dove le vedute speculative e le induzioni sostituiscono qualche volta la osservazione diretta, non pertanto è un'opera di gran merito; l'opera di uno spirito eminente, zeppa di fatti pratici, di osservazioni ingegnose, di generosi pensieri ed eminentemente filosofici. Questo libro, che alcuni a torto àn cercato di screditare, sarebbe stato di una lettura anche più piacevole se l'autore avesse tenuto più ordine nella distribuzione del suo soggetto, e specialmente se fosse stato più moderato nelle digressioni, la maggior parte delle quali però offrono molto interesse.

Anatomia patologica.—Manchiamo di qualunque dilucidazione precisa sullo stato degli organi genitali di quelli che muoiono in seguito della spermatorrea. Il Signor Lallemand à preteso però che si rinvenivano delle tracce d' infiammazione nelle vescichette seminali, nella prostata e ne' canali eiaculatori, e delle erosioni delle ulcerazioni o cicatrici all'orifizio di questi condotti, ec. I fatti però, al numero di nove, riportati dall'antico professore di Montpellier non sono affatto concludenti, poichè nulla prova che una spermatorrea abbia esistito in nessuno degli individui i cui organi genitali interni àno presentato diverse alterazioni, tutte consecutive di antiche flemmasie.

Sintomi.—Alcune polluzioni sono utili, e sono quelle che si manifestano di tempo in tempo durante la notte, ne sogni lascivi, negli adolescenti e negli adulti i quali vivono nella continenza; essi recano rimedio ad una plètora spermatica, e sono generalmente seguite da sollievo o da un senso di ben essere. Si citano pur anche alcuni casi gravi della economia i quali erano guariti dopo una o molte di queste polluzioni notturne. (P. Frank, Sainte-Marie). Non è però così se le emissioni spermatiche succedono ad intervalli ravvicinati, sia che la perdita del seme abbia luogo nell'atto del coito o pure provocata dalla masturbazione, o che succede spontaneamente come ne' casi di polluzione. Queste possono manifestarsi primitivamente negli individui che guardano la continenza; più spesso compariscono in

quelle persone che hanno abusato delle donne o che si sono abbandonati immoderatamente alla masturbazione. Cominciano quasi sempre solamente durante la notte; ma a misura che si ripetono, i fenomeni di eccitamento che le precedevano e le accompagnavano altra volta diminuiscono o finiscono. L'emissione dello sperma allora à luogo spontaneamente senza che niente la provochi, senza che la verga sia in completa erezione; spesso il pene è nello stato di floscezza, e la eiaculazione è debole, o pure lo sperma scappa fuori a guisa di bava senza che l'ammalato provi il menomo piacere. Lungi dallo scorrere al di fuori, il liquido può spandersi in tutto o in parte nella vescica ed essere emesso poscia colla urina; ciò avviene quando esiste un restringimento considerabile dell'uretra nelle porzioni bulbosa o prostatica, o quando, per una cicatrice o aderenze viziose l'orificio de' condotti eiaculatori è deviato e portato in dietro. In tutti i casi, gli accidenti sono gli stessi: in fatti, che lo sperma sia eiaculato allo esterno o sparso nella vescica, la sua emissione al di fuori delle vescichette seminali si accompagna da spezzamento delle membra, da grande debolezza, da cefalalgia, da torpore e da sonnolenza; gl'individui al loro svegliarsi sono curvi ed incapaci per le loro occupazioni, se queste richiedono alcuni sforzi intellettuali o muscolari.

Però non solo durante la notte le polluzioni hanno luogo; in fatti si osservano frequentemente nello stato di veglia; esse hanno luogo specialmente quando si va del corpo, o durante la uscita dell'urina. In altri sono provocate dalla equitazione o dagli sforzi, dal menomo strofinio del ghiande. In questi casi, lo sperma può essere facilmente conosciuto dalla sua consistenza, dal suo colorito e dal suo odore; a misura però che le polluzioni si ripetono, il liquore spermatico cambia di aspetto ed addiviene più o meno sieroso; bisogna dunque determinare la natura del liquido mediante il microscopio. L'uso di questo strumento è specialmente indispensabile ne' casi in cui lo sperma scappa fuori durante la emissione dell'urina. Si è detto che in questo caso potrebbe essere conosciuta la esistenza della spermatorrea dalla natura del deposito che si forma nel vaso dove è stata depositata la urina. Quindi secondo Lallemand, si vedrebbero dapprima i corpicciuoli trasparenti irregolarmente sferici, di variabile volume e molto simili a' granelli di semola; ma se la malattia è antica, queste granulazioni non più si osservano; ed esiste solamente una densa nube, omogenea, biancastra, disseminata di piccoli punti lucidi i quali occupano gli strati inferiori, e che sono stati paragonati al deposito che forma la decozione dell'orzo o del riso alquanto concentrata. Si comprende bene dunque che questi depositi non hanno niente di caratteristico; quindi conviene servirsi del microscopio e cercare se non contengono animaletti spermatici.

L'esame microscopico d'altronde fornisce risultati interessanti: quindi il Signor Lallemand ha visto che quando la spermatorrea era affatto recente, il fluido seminale conservava ancora le sue proprietà, ed i zoospermi non presentavano niente di particolare sotto il rapporto del numero e del volume. Non così però succede per la ripetizione e la quantità delle perdite seminali; lo sperma è meno consistente e quasi sieroso; poichè allora, secondo lo stesso autore, gli animaletti sono meno vivaci, si trovano morti alcuni minuti dopo la loro uscita; qualche volta sono più piccoli di un quarto o di un terzo dello stato normale; la loro coda difficilmente si distingue ingrossandola trecento volte di più; più tardi gli animaletti sono rari e possono scomparire, quantunque il liquore conservi ancora l'odore spermatico; allora invece de' zoospermi non si trovano che globetti ovoidi o sferici. Bisogna ammettere col Signor Donnè, che de' cristalli ossalici di calce si rinvencono comunemente nella urina de' spermatici in ragione di un eccitamento simpatico de' reni; questo fatto non ancora è sufficientemente stabilito.

Uno de' primi accidenti delle polluzioni notturne o diurne è una diminuzione nella energia, nella lunghezza delle erezioni e nella rapidità colla quale la eiaculazione a luogo: finalmente a poco a poco le erezioni sono impossibili, e gli ammalati addiungono *impotenti*.

Però le perdite seminali riproducendosi, producono finalmente sulla economia intiera effetti pericolosi; quindi gli ammalati si fanno pallidi e magri, perdono le loro forze, tremano nelle membra, soffrono peso di testa, vertigini, capogiri, susurri negli orecchi; alcuni van soggetti di tempo in tempo alle congestioni cerebrali, che d'ordinario sono leggieri o fugaci, ma che qualche volta recondono timore. La vista è debole; sono tristi, melanconici; le loro digestioni sono lente, difficili, accompagnate da acidità, da flatulenze; sono ansanti, asmatici tormentati da palpitazioni, e la loro voce è debole. Alcuni soffrono le convulsioni o veri accessi di epilessia; altri anno uno o molti membri rigidi, contratti o paralizzati. Finalmente ad un grado più avanzato, i malati cadono in uno stato di consunzione conosciuto sotto il nome di *tabes dorsalis*, pallidi, scarni ed appena sostenendosi, quest'individui sembrano cadaveri ambulanti; abbattuti nel fisico e nel morale, i piedi s'infiltrano, i capelli cadono, i loro sensi, e particolarmente la vista si estinguono, van soggetti a scioglimenti ventrali, alternanti con costipazione; finalmente periscono nell'ultimo grado di marasmo, ed alcuni profondamente scoraggiati, ricorrono al suicidio per dar termine alle loro lunghe sofferenze. In mezzo all'apparato di sintomi gravi che abbiamo descritto, gli amma-

lati sono senza febbre; questa circostanza è degna di attenzione notata dallo stesso Ippocrate, e sulla quale Lallemand à molto insistito. I tabici in fatti non àno febbre non solo allo sviluppo, ma ancora ad un periodo avanzato. Un apparato febbrile, qualunque possa essere l'aspetto de' caratteri, ed a qualunque epoca della spermatorrea esso si manifesti, è quasi sempre l'indizio di una complicazione.

Corso, durata, esiti.—Le polluzioni notturne àno sempre un corso molto irregolare. Ora soffrono delle variazioni giornaliere affatto inesplicabili; alle volte vanno soggette alla influenza manifesta di qualche causa esterna: quindi gli ammalati si trovano meglio per lo più ne' tempi umidi e piovosi, mentre la maggior parte soffrono di più quando il cielo è sereno ed asciutto. Secondo il Signor Lallemand, la primavera agirebbe in modo dispiacevole su quasi tutti i tabici, e questo innasprir de' sintomi dipenderebbe evidentemente dall'aumento delle perdite seminali. L'autunno è la stagione più favorevole. Molti di questi individui provano un raddoppiamento ne' loro mali, in seguito di una congestione emorroidale, per la presenza degli ascaridi nel retto, o quando la costipazione si prolunga, ec. in oltre la malattia presenta una infinità di oscillazioni che sembrano inesplicabili, qualunque attenzione si potesse impiegare per investigarne la causa. Ne' casi più gravi, dice il Signor Lallemand, queste oscillazioni sono giornaliere e poco pronunziate; il corso può allora essere rapido e come continuo, quantunque sempre irregolare. Queste spermatorree meriterebbero di essere chiamate *acute* se la loro durata non fosse ancora troppo lunga. In quanto a quelle le cui remittenze o intermissioni sono più specificate, si comprende che la loro influenza sulla economia diminuisce nella stessa proporzione. Le sospensioni più complete e più prolungate sono evidentemente quelle che sono più favorevoli alla conservazione delle forze ed alla integrità della costituzione. In questo caso la malattia può essere considerata siccome eminentemente cronica, poichè i tabici possono conservare per venti, trent'anni e più tutte le apparenze della salute. Questi casi si confondono in un modo insensibile con quelli delle perdite seminali, che non si possono più considerare come morbosi, poichè non alterano la costituzione.

La spermatorrea à poca tendenza a terminare spontaneamente. Sembra che i progressi della età, diminuendo la segregazione spermatica, dovrebbero diminuire la frequenza e l'abbondanza delle polluzioni. Ciò è generalmente vero; però la menoma evacuazione di liquor seminale nella vecchiezza produce maggior debolezza che negli altri periodi della vita; in guisa che non ostante la diminuzione della malattia, i suoi effetti costituzio-

nali rimangono a poco presso gli stessi. Molte polluzioni cedono quando si allontanano certe cause di eccitamento che le sostengono o le risvegliano. Finalmente si vede che esse si dissipano a poco a poco coll'uso regolare del coito; ciò però à luogo solamente allo sviluppo, quando le funzioni non sono ancora alterate; e le polluzioni sono lo effetto della continenza; ma tosto che la consunzione è veramente stabilita, i rapporti sessuali sono più nocivi che utili (Ippocrate, Lallemand). In riassunto, dice il Signor Lallemand, le perdite seminali, arrivate al punto da costituire una malattia, tendono più a farsi gravi anzichè a diminuire spontaneamente: la sola abitudine basterebbe per renderne la guarigione viemmaggiormente difficile.

La debolezza causata dalle perdite seminali può arrivare ad un punto da produrre la morte. Questi ammalati periscono allora per sincope con i sintomi di una congestione cerebrale; purtuttavia questi fatti sono ecceſsivamente rari. Quasi tutti i tabici, dopo che sono rimasti per lungo tempo languidi, muoiono con una malattia acuta o cronica intercorrente, la quale in questo caso siegue generalmente un corso molto più rapido, in ragione dello stato costituzionale dello individuo.

Accidenti consecutivi.—Gli effetti perniciosi degli abusi venerei sarebbero esagerati, quando si volessero considerare come cause attivissime di lesioni viscerali gravi. In fatti non mi sembra che la spermatorrea produca spesso, come si è detto, e siccome pare che il Signor Deslandes lo pensi, le affezioni organiche del cuore, del cervello, dello stomaco, ec. I disturbi funzionali che si osservano verso questi organi sono quasi sempre puramente nervosi, cioè di quella classe di malattie che consistono in un disturbo profondo delle funzioni nervose di uno o molti organi, senza che questi siano la sede di alcuna lesione materiale. Quindi la masturbazione, ne' fanciulli e negli adolescenti, causa spesso la epilessia e la corea; ad una età più avanzata, le perdite seminali possono produrre la mania, la lipemania, la demenza, e l'ipocondria, indipendentemente dagli altri disturbi nervosi, i quali, siccome le palpitazioni, l'ansietà, la gastralgia, la dispepsia, la paralisi de' sensi o delle membra, e le contratture muscolari non si ligano ad alcuna lesione organica, siccome lo prova la loro rapida cessazione tosto che la spermatorrea è guarita.

Diagnosi.—La diagnosi delle perdite seminali presenta spesso molta oscurità. Pochi ammalati le dissimulano, ma molti ne ignorano la esistenza, ed attribuendo ad altre cause gli accidenti che provano, inducono spesso in errore il medico.

Le perdite seminali non possono essere confuse con i scoli cronici dell'uretra, della prostata o delle glandole di Cowper; poichè questi sono lenti, continui, uniformi, mentre che nelle

perdite seminali lo sperma esce *sollecitamente in grande quantità* in ciascuna volta, e ad intervalli più o meno ravvicinati; in alcun caso non si vede scorrere in modo continuo a gocce a gocce (Lallemand). Quando le perdite seminali complicano gli scoli cronici dell' uretra, allora si vede un gemitio continuo, poi, sia spontaneamente, sia per effetto di uno sforzo, ec., uno scolo più abbondante a luogo ad un tratto. Questo offre un odore particolare; è seguito da sintomi che accompagnano ciascuna segrezione morbosa di sperma; finalmente l' esame microscopico fa svanire ogni dubbio dimostrando la esistenza de' zoospermi.

Quando le polluzioni sono interne, cioè quando lo sperma non è espulso al di fuori, ma sparso nella vescica, specialmente in ragione dello stringimento uretrale avanti all' orificio dei condotti eiaculatori, si potrebbe facilmente conoscere la esistenza della malattia. Quando però in un individuo il quale s' indebolisce, dieven magro ed impotente, non si trova alcuna lesione organica per spiegare questi accidenti, quando dallo interrogatorio del malato si apprende che una o molte volte al giorno, per gli sforzi della defecazione, o la mattina al suo svegliarsi, egli prova mal' essere, cefalalgia, stordimenti, debolezza, spezzamento delle membra, i quali accompagnano le emissini morbose dello sperma, bisognerà sospettare questa malattia, e per uscir di dubbio, fa d' uopo raccogliere le urine, lasciarle depositare, e dopo averle decantate, esaminare col microscopio la natura del deposito che trovasi al fondo del vaso. Si agirà nello stesso modo ne' liber tini ed i manustupratori i quali non si ristabiliscono affatto, quantunque abbiano cessato di abbandonarsi a' loro eccessi o alla loro colpevole abitudine; poichè in questi casi, è cosa comunissima che lo ristabilimento della salute sia impedito dalle perdite seminali che spesso anno luogo all' insaputa degli ammalati.

Abbiam veduto che quelli colpiti da lungo tempo da perdite seminali finivano col provare la dispnea, le palpitazioni, gli sbalordimenti, la dispepsia, le contratture delle membra, accidenti i quali anno spesso dato luogo agli errori di diagnosi e han fatto credere la esistenza di malattie del cuore, de' polmoni, del cervello, della midolla dello stomaco. Il Signor Lallemand, nella sua importante opera, parla di un gran numero di ammalati i quali, in conseguenza di questi errori, spesso commessi da uomini sperimentatissimi, ebbero a soffrire cure lunghe e dolorose, ed altro non facevano che opprimere il loro stato. Non si commetteranno errori si pregiudizievole abituandosi di buon mattino a non trascurar mai lo studio de' fenomeni che anno luogo per parte degli organi genitali. La diagnosi della spermatorrea una volta stabilita, bisogna cercare la causa produttrice e sostenitrice.

Pronostico.— Le perdite seminali costituiscono sempre una malattia grave, in ragione degli attacchi che la salute generale prova, e perchè producono spesso la impotenza. D'altronde la gravezza del pronostico sarà proporzionata all'antichità della malattia, alla influenza più o meno incomoda che è esercitata sulla costituzione, e finalmente alla facilità colla quale si può combattere e distruggere la causa che à prodotto la malattia. Le perdite diurne sono sempre gravi ed incompatibili collo stato della salute.

Etiologia.— Le perdite seminali riconoscono una infinità di cause. Si osservano frequentemente negl' individui i quali si sono dati in preda alla masturbazione o che hanno abusato del commercio delle donne. Gli eccessi venerei sono senza contestazione alcuna una delle cause le più efficaci della spermatorrea; ciò osservasi pur anche negli animali. Quindi è che tutti i veterinari riconoscevano che le polluzioni che affettano gli stalloni dipendono quasi sempre dalle montate troppo prolungate o troppo ravvicinate. La continenza, specialmente in quelli che hanno molto sviluppo nel senso della generazione, produce spesso lo stesso risultato. La malattia è qualche volta l'effetto di cause dirette, cioè di cause che agiscono direttamente sugli organi genitali; tali sono l'accumulo delle fecce nel retto, l'abuso dei drastici, la presenza di un gran numero di ossiuridi o di emorroidi, un induramento scirroso del retto, malattie che tutte sembrano agire eccitando le contrazioni delle vescichette seminali. Altre volte, sono malattie le quali producono uno stato di eccitamento su' condotti eiaculatori, e che propagandosi poscia sino alle vescichette seminali, le provocano a sbarazzarsi dello sperma che contengono. Tali sono l'accumulo insolito della materia sebacea del prepuzio, l'erpete *prepuziale* la infiammazione cronica dell'uretra specialmente della sua porzion prostatica. In fine le perdite seminali possono manifestarsi in individui indeboliti dal digiuno e dalle veglie, dalle profonde meditazioni, da' dispiaceri, o anche in quelli che nutrono continuamente la loro immaginazione d'idee lascive. Si trovano nell'opera del Signor Lallemand fatti che dimostrano la realtà di ciascuna delle cause che abbiamo enumerate.

Cura.—La prima indicazione è quella di togliere le cause che danno luogo alla spermatorrea. Quindi esistono numerosi fatti nella scienza, i quali provano che vincendo una costipazione ostinata, espellendo gli ossiuridi, estirpando le emorroidi o un imbrigliamento del retto, guarendo un'erpete *prepuziale*, impedendo lo accumulo della materia sebacea attorno al glande, ec. si può far cessare quasi istantaneamente la perdita seminale che esisteva da lungo tempo, ed aveva spesso esercitata la più trista influenza sulla costituzione. Il Signor Lallemand à

pure provato che le perdite seminali le quali dipendevano da una infiammazione cronica della membrana mucosa uretrale, specialmente della sua porzion prostatica, guarivano quando si modificava questa superficie cauterizzandola col nitrato di argento. In questi casi però la miglioria non è sempre immediata; in fatti, spesso à luogo soltanto dopo molte settimane; così non bisogna ricorrere ad una novella cauterizzazione se non che dopo un mese ed anche sei settimane. Questa cura conviene specialmente ne' casi in cui le perdite seminali sono state consecutive alle blenorragie. Si conosce lo stato malaticcio del canale mediante il cateterismo. Il becco di sonda, in fatti, arrivando sulla porzione della membrana mucosa alterata, vi eccita un vivo dolore. I rivellenti possenti sul perineo potrebbero essere utili in questo caso? Lo ignoro. Però Huzard rapporta aver guarito prontamente uno stallone colpito da spermatorrea applicando un bottone rovente al perineo. Il Signor Kaula dice nella sua Tese (année 1846) che la stessa cura è stata egualmente impiegata con successo in Italia.

Bisogna dar cominciamento coll'allontanare tutto ciò che potrebbe provocare lo eccitamento degli organi genitali; quindi si rinuncierà alle letture erotiche, si eviterà la società delle donne. In alcuni casi però sarà cosa utile che gli ammalati usino di tempo in tempo del matrimonio specialmente se le perdite seminali sono lo effetto della continenza. Gli ammalati si coricheranno sulla paglia o su' crini, e conserveranno per quanto è possibile il decubito sur uno dei lati. Si raccomanderanno le distrazioni, le passeggiate, un regime dolce, l'astinenza delle vivande riscalianti, aromatizzate, de' liquori spiritosi. Si manterrà il ventre lubrico; la vescica sarà vuotata il più spesso, e specialmente la notte. I mezzi che precedono convergono ogni qual volta la costituzione non è indebolita e le perdite seminali esistono con uno stato di eccitamento. Si osserverà tutt'altra condotta quando la spermatorrea, risalendo ad un'epoca lontana, à indebolito moltissimo gl'individui, è quando lo scolo dello sperma sembra aver luogo in un modo passivo. Bisogna allora ricorrere a' tonici, agli alimenti nutritivi, alla liecola, a' vini generosi, a' preparati di ferro, al latte ed alle bevande giaciate, a' bagni freschi, di mare, alle lavande fredde ed aromatiche sul perineo, sulla verga e lo scroto, a' clisteri freddi, alle docciature su' lombi, sul sacro e sul perineo. Qualche volta la suscettività degli organi digestivi è tale che gli ammalati non possono essere immediatamente sottoposti ad una vittimazione nutritiva; quindi si darà principio co' brodi di gamberi, di rane, di testuggine, col latte di vacca, di asina ed anche con quello di donna.

Vi sono alcuni rimedi che godono di una riputazione popolare per risvegliare gli organi genitali e far cessare la impotenza; tali sono il fosforo e specialmente le cantaridi. Ma la utilità di questi mezzi è molto dubbia; il Signor Lallemand istesso non esista a proscriverli, siccome capaci di eccitare le perdite seminali. Il galvanismo non offre lo stesso pericolo: il Signor Lallemand l'ha usato qualche volta con molto vantaggio. Nei casi che ne permettono l'uso bisogna stabilire la corrente tra i lombi ed il pube o il perineo. Sembra pure che certe spermatorree croniche, dopo aver resistito a tutti i medicamenti, an ceduto all'uso della segala cornuta amministrata alla dose di 30 a 120 centigramme per giorno. Non per tanto la utilità di questo rimedio non è ancora sufficientemente stabilita. Lo stesso dicasi della cura raccomandata recentemente dal Signor Brachet, che consiste ad esercitare una compressione dietro del perineo sulla prostata mediante un bottone. Fa d'uopo finalmente conoscere che le spermatorree ribelli a tutti i medicamenti son guarite qualche volta con un metodo antisifilitico, come se la malattia fosse stata sostenuta da qualche lesione che il medicamento specifico avea distrutto.

Il matrimonio è sembrato utile ad alcuni tabici per perdere le abitudini della manustuprazione o per far cessare le polluzioni notturne sostenute da una continenza troppo assoluta; però eccettuali questi casi, esso è pernicioso per questi ammalati. Non basta, siccome lo ha stabilito il Signor Lallemand, che i tabici osservino materialmente la continenza; bisogna pur anche che essi si sforzino di rimanere moralmente casti, allontanando da' loro pensieri tutto ciò che può risvegliare le preoccupazioni erotiche. La menoma imprudenza di questo genere, dice anche l'antico professore di Montpellier, loro è tanto funesta quanto una indigestione, un eccesso di bevanda ed una equitazione troppo forte. Arriva poi un'epoca in cui gli avvicinamenti sessuali debbono essere permessi ed anche ordinati; ma non si può, con Ippocrate, fissare alcun termine alla continenza: la condotta a tenersi sarà subordinata allo stato generale dello individuo. Potrà anche tornar utile qualche volta l'uso del matrimonio a certi intervalli e prima della completa guarigione, per prevenire le polluzioni notturne.

Profilassi.—La profilassi degli eccessi venerei varia secondo che questi sono l'effetto del coito o della manustuprazione. Gli adulti ed i giovani si trovano nella possibilità di abbandonarsi eccessivamente al coito; per preservarli da' pericoli di questo genere, bisogna parlare alla loro ragione, e a loro dipingere sotto i colori i più tetri i pericoli ai quali si espongono; se sia possibile, si opporranno degli ostacoli a' loro rapporti sessuali, ed assoggettarli ad un regime del quale parleremo della manustu-

prazione, nello scopo di diminuire per quanto sia possibile la segrezione dello sperma e lo eccitamento degli organi genitali. I buoni consigli però, i mezzi morali e religiosi anno di rado la efficacia di far cessare ne' giovani la perniciosa abitudine della manustuprazione. Tutti gli apparati corettivi immaginati sono insufficienti o pericolosi; la sorveglianza più assidua, più intelligente, fallisce. In questi casi, per diminuire l'attività degli organi genitali, bisogna far conto specialmente sugli esercizi corporali, come le passeggiate, la ginnastica, il nuoto, la scherma; perchè siccome lo à detto giustamente il Signor Lallemand nessuna sorveglianza, nessun principio di religione o di morale, non saprebbero avere effetti così sicuri quanto una fatica giornaliera che produce ogni sera, al momento in cui i manustupratori si abbandonano alla loro manovra, un bisogno urgente di riposo; questo esercizio forzato diminuisce in oltre la segrezione dello sperma; modera la influenza degli organi genitali e lo impero della immaginazione. Che fare pertanto quando la igiene, i mezzi morali, religiosi, coertivi e fin anche i castighi anno fallito! Che fare di un adolescente il quale, sorprendendo la sorveglianza di tutti gli astanti, si abbandona con una specie di furore ad una pratica che distrugge la sua costituzione? In questo pericolo, non bisogna perdere un momento per consigliare il matrimonio. Questa opinione è stata adottata da' signori Deslandes e Lallemand nelle loro opere con molta franchezza; però convien dire in questo luogo, col dotto professore di Montpellier, aver luogo un momento in cui questa potente speranza manca essa stessa, per aver atteso troppo lungo tempo. L'istinto genitale perversito si sente allora trasportato ad un punto tale che ogni donna eccita l'avversione ed il disgusto.

Esistono per la donna polluzioni analoghe per gli effetti alla spermatorrea?— Pietro Franck à risposto affermativamente a questa interrogazione, il Signor Requin pur anche l'ammette; finalmente un interno degli ospedali, il Signor Guibout à pubblicato nel 1847, nella *Union medicale*, una concludente osservazione. Si sa che durante il coito la vagina e la vulva specialmente sono umettate da un muco più o menò filamentoso: questo fluido specialmente fornito dalle glandole vulvo-vaginali, è qualche volta estremamente abbondante e scorre in modo tale che può dirsi spinto da una vera eiaculazione. Un sogno erotico, la manustuprazione, e nelle donne ardenti, il contatto, la vista, la rimembranza di una persona, il camino istesso bastano per determinare questa escrezione la quale, ripetendosi, produce gli stessi incomodi, gli stessi disturbi della spermatorrea nell'uomo.

QUARTO GENERE DI SEGREZIONI MORBOSE

DELLE PNEUMATOSI O SEGREZIONI GASSOSE

Sotto la influenza di certi stati morbosi, i gas possono svilupparsi nelle parti che nello stato normale non debbono contenerne, o pure certi organi i quali come gl' intestini, ne contengono normalmente, possono produrne una maggior quantità che nello stato fisiologico, dal che risultano diversi accidenti o disturbi funzionali. A questo accumulo insolito di fluidi elastici si dà il nome di *pneumatosi*. I gas che trovansi infiltrati o accumulati ne' nostri organi o ne' nostri tessuti non sono stati però sempre esalati da essi. Quindi possono formarsi dall' atmosfera che si è introdotta da qualche apertura naturale o accidentale; altre volte risultano dalla decomposizione di certe sostanze solide, liquide; finalmente è uno de' nostri organi che contengono naturalmente l' aria o i gas il quale si rompe o si fora, e permette a' fluidi elastici di scappar via o d' infiltrarsi nelle parti vicine.

Dal titolo di questo capitolo risulta che non bisognerebbe trattare in questo luogo di quest' ultima specie di pneumatosi; nulladimeno siccome i sintomi e i disturbi funzionali poco differiscono, qualunque sia la materia dalla quale à luogo l' accumulo gassoso, crediamo cosa conveniente, per evitare inutili ripetizioni, di riunire alle pneumatosi per esalazione alcune di quelle che sono traumatiche.

DELL' ENFISEMA

Si dà il nome di enfisema allo infiltramento di un gas nel tessuto cellulare. Questa malattia è caratterizzata da una tumefazione più o meno considerabile, elastica, senza cambiamento di colorito nelle parti; queste essendo compresse danno un scoppiettio particolare, caratteristico, simile al rumore che ottiensi stropicciando la cartapeccora o una vescica secca. L' enfisema occupa il più delle volte il tessuto cellulare sottocutaneo, e qualche volta ancora il tessuto cellulare sottomucoso, come quello che riveste la congiuntiva, o pure quello che divide le tuniche intestinali, più di rado il tessuto cellulare sotto sieroso e specialmente quello degli epiploon: forse in questi ultimi casi costituisce una lesione puramente cadaverica.

L' enfisema si divide in *traumatico* e *spontaneo*. Il primo, più frequente, à luogo nelle piaghe contuse, e specialmente in tutte le soluzioni di continuo che interessano le fosse nasali, la laringe, la trachea, i polmoni ed il tubo digestivo. Ne' casi, molto più rari, in cui il gas è esalato dal tessuto cellulare istesso, si dice che l' enfisema è *spontaneo*. Questo si è veduto dopo la impressione del freddo, in seguito di una emozione morale, di un attacco d' isterismo, nel corso di una febbre continua, eruttiva, dopo un eccitamento della pelle, come dopo le frizioni irritanti o dopo una contusione di questa membrana; finalmente, e più di frequente, l' enfisema spontaneo si manifesta in una parte mortificata o nelle sue vicinanze; la cangrena in fatti è la causa più ordinaria dello enfisema spontaneo e circoscritto.

Lo infiltramento de' gas nel tessuto cellulare è ordinariamente limitato ad uno spazio più o meno circoscritto: in molti casi però, l' enfisema può essere quasi generale, cioè che invade successivamente tutta o quasi tutta la periferia del corpo. Solamente in questo caso si accompagna da accidenti più o meno gravi; in fatti avvi ansietà, oppressione e fenomeni di asfissia, dipendenti, si dice, dal perchè l' enfisema si propaga agli stessi polmoni. Un tale esito però è raro, e nella maggior parte de' casi, la malattia à un termine felice, sia che si pratici un' uscita artificiale al gas, sia che il fluido si assorbi. Si è veduto l' enfisema mostrarsi in tal guisa e scomparire alternativamente molte volte.

Da' caratteri tornerà facil cosa distinguere l' enfisema dallo edema, la sola affezione colla quale potrebbe confondersi. Inoltre questo differisce dal primo per la mancanza dello scoppietto, e perchè la parte conserva la impressione del dito. Diciamo di passaggio che l' enfisema è qualche volta simulato da' coscritti per esentarsi dal servizio militare; da' mendicanti per eccitare la pubblica commiserazione; però in questi casi, si troveranno sulla pelle le tracce di una puntitura che à servito per insufflare l' aria nel tessuto cellulare.

L' enfisema non presenta in generale alcuna gravezza per se stesso; il suo pronostico è pericoloso soltanto quando è generale, e che à sede ne' condotti aerei che comprime.

La cura dell' enfisema semplice consiste nella compressione e l' applicazione di alcuni topici risolvanti; se questi mezzi tornano inutili, se il distendimento del tessuto è molto, e se l' enfisema continua ad invadere novelle parti; si darà uscita a' gas infiltrati praticando sulla pelle delle incisioni o delle puntiture.

L' enfisema che si sviluppa dopo la morte è un fenomeno che annunzia la decomposizione putrida: comincia ad un epoca più o meno lontana: in certi casi, appena alcune ore dopo

la morte, la pelle è già sollevata da un fluido elastico. Questo prodotto rapido dell' enfisema si osserva specialmente dopo le asfissie per effetto del gas delle fosse dell' odorato, o pure dopo le malattie pestilenziali di carbonchi, e qualche volta anche su i cadaveri degl' individui morti per febbre tifoidea.

DELL' ENFISEMA INTERLOBULARE DE' POLMONI

Non abbiamo ad occuparci in questo luogo della malattia chiamata impropriamente *enfisema vescicolare* de' polmoni, perchè questa malattia, anatomicamente caratterizzata dalla dilatazione delle vescichette, deve essere ravvicinata ad alcune lesioni analoghe che affettano altri organi; ne faremo la storia altrove. Diremo poche parole di una malattia la quale sola meriterebbe di conservare il nome di enfisema, e consiste in fatti, in un infiltramento di aria nel tessuto cellulare che separa i lobi polmonali: da ciò il nome di *enfisema interlobulare* sotto il quale è generalmente conosciuto dopo Laënnec, il quale ne à dato la prima descrizione.

Anatomia patologica.—Quando l'aria è infiltrata ne' tessuti cellulari intervescicolari e sotto pleurale, si vede alla superficie de' polmoni qualche protuberanza irregolare, il cui volume varia da quello di un granello di canape sino a quello di una noce, di un uovo e più: quindi il Signor Bouillaud à veduto formare dall'aria una saccoecia talmente grossa, che somigliava ad uno stomaco. Quando si premono queste protuberanze col dito, si spostano, e si fa con facilità camminare sotto la pleura il fluido elastico che contengono. Però, siccome Laënnec l' à osservato, l'aria abbenchè realmente fuori delle vescichette, non può essere spostata dalla pressione, quando essendosi stravasata al punto di riunione delle chiusure, s'incava in questo luogo una piccola cavità che si scolpisce alla superficie del polmone sotto forma di lozanga o di triangoli senza notabile protuberanza. Quando l' enfisema è molto esteso, i polmoni non si abbassano; pare che si trovino stretti nel petto, e crepitano in modo particolare tosto che si premono tra le dita. L' infiltramento gassoso de' polmoni può guadagnare l' uno e l' altro mediastino, e propagarsi anche ad una parte del corpo.

Sintomi.—S' ignorano completamente i segni mediante i quali si può riconoscere un enfisema interlobulare. Laënnec aveva stabilito per questa malattia, siccome fenomeni patognomonici, 1.° *un rantolo crepitante a grosse bolle*, ch' ei paragona allo scoppiettio che dà l' enfisema cutaneo quando si comprime; 2.° *il rumore di strofinio*. Questi due segni però di ascoltazione appartengono molto meno all' enfisema che alle complicanze: quindi il rantolo di cui Laënnec parla altro non è, se-

condo noi, come pure secondo i signori Louis e Stokes, se non che il rantolo sottocrepitante ordinario, che si liga alla esistenza di una bronchite concomitante, mentre che il rumore di strofinio dipende dalla recente formazione di alcune false membrane pleuritiche. S'ignorano completamente i risultati dati dalla percussione e dalla osservazione delle pareti toraciche. Si è considerato come un segno di rottura delle vescichette polmonali la manifestazione istantanea di un enfisema sottocutaneo che si manifesta dietro gli sforzi di tosse, o in un accesso di dispnea e che, cominciando alla parte inferiore o anteriore del collo, invaderebbe in seguito tutta o quasi tutta la periferia del corpo. Niente però dimostra in modo certo che vi abbia allora enfisema de' polmoni, atteso che l'accidente di cui parliamo può affatto risultare da una lacerazione della trachea e dei bronchi. L'enfisema intervescicolare manifestandosi bruscamente in seguito di una emozione morale, ed in una grande estensione de' polmoni, à prodotto molte volte una morte subitanea. Casi di simil genere sono stati pubblicati dal dottor Hunt, Olivier d'Angers, Pillore, Prus e Depaul. D'altronde questi fatti patologici si accordano colle esperienze praticate altra volta dal Signor Leroy d'Etiolles, il quale spingendo l'aria ne' bronchi de' conigli con molta forza per lacerare un certo numero di vasellini polmonali, facea perire questi animali con tanta sollecitudine, come se loro fosse stata troncata la midolla allungata. Se l'enfisema interlobulare è una lesione traumatica, è prodotto dalla rottura delle vescichette sane, in occasione di un eccesso di tosse, di uno sforzo o di una commozione dell'animo (1). Non sembra che questo enfisema sia quello che determina gli accessi di dispnea che osservansi ne' casi di dilatamento delle vescichette. Checchè ne sia niente prova, siccome l'à supposto Laënnec, che i gas possono essere esalati nel tessuto cellulare de' polmoni: ciò che vi si rinviene à luogo traumaticamente.

L'enfisema interlobulare non potendo essere diagnosticato, torna superfluo cercare quale debba essere il metodo di cura.

(1) Il Signor Delafond, professore a Alfort, à provato la influenza degli sforzi nel produrre l'enfisema intervescicolare. Quindi à dimostrato che i cavalli di posta destinati al servizio de' corrieri straordinarii ed i cavalli di corsa sono i più esposti all'enfisema; inoltre questa lesione avrà luogo qualche volta istantaneamente ne' cavalli da tiro dopo sforzi per ascendere una rapida salita cc,

PNEUMATOSI DEL TUBO DIGESTIVO

Il tubo digestivo contiene naturalmente una certa quantità di gas che sembrano destinati a favorire il corso delle materie alimentizie, e che sono espulsi dalla bocca specialmente dall'ano ad intervalli più o meno lontani. Quando però i gas sono prodotti in maggior quantità, sono causa di diversi accidenti o almeno di certi incomodi che l'uomo dell' arte deve saper prevenire e combattere.

Sorgenti de' gas ; causa che li producono. — I gas contenuti nel tubo digestivo provengono da molte sorgenti. Quindi l'aria s'introduce nello stomaco durante la respirazione, e specialmente durante la deglutizione della saliva e degli alimenti; inoltre i fluidi elastici sono prodotti durante l'atto della digestione, sia che provengono da una certa alterazione che gli alimenti subiscono, sia piuttosto che essi dipendono da una esalazione della membrana mucosa (1). Ciò osservasi, per esempio in molte indigestioni ed in un gran numero di coloro i quali hanno le digestioni difficili, i quali si nutrono di farinacei o abusano di alimenti poco stimolanti o rilascianti, come le sostanze mucilagginose, la gelatina e le carni di animali giovani. In altri, la pneumatosi intestinale è lo effetto di una disposizione ereditaria. Ma i gas sono esalati specialmente; ed in grandissima quantità nella maggior parte delle affezioni nervose degli organi digestivi, o pure nel corso di altre nevrosi, nella ipocondria, e specialmente durante gli accessi d'isterismo; in fine in seguito de' disturbi nervosi come quelli che producono i patemi morali intensi. In tutti questi casi il prodotto de' gas è luogo indipendentemente da qualunque stato infiammatorio e congestivo della membrana mucosa. Le pneumatosi intestinali accompagnano anche rarissimamente le gastro-enteriti: si osservano però qualche fiala nella dissenteria (Pringle). Abbiamo anche veduto essere un fenomeno ordinario nella febbre tifoidea; dalle ricerche del Signor Louis però risulta che la pneumatosi, in queste condizioni, è indipendente dallo stato della mucosa del colon, e non deriva dalla putredine delle materie stercorali. La esalazione morbosa de' gas intestinali si liga, per lo contrario, spesso alla infiammazione del peritoneo. Quindi è che nella peritonite, specialmente in quella puerperale, abbiamo notato una grande ab-

(1) La esalazione de' gas dalla mucosa digestiva è provata dalla esperienza, praticata da' signori Magendie e Gerardin. Se in un animale vivente si tira da una piaga del ventre un'ansa intestinale, e se dopo averla esattamente vuotata e compressa tra due ligature, si rimpiazza nell'addome, dopo poco tempo la si trova di nuovo più o meno distesa da' gas.

bondanza de' gas intestinali. Finalmente questi esistono ancora in grande quantità in tutte le lesioni che restringono il calibro degl' intestini, sia che in questo caso l'accumulo dipenda dal perchè i gas non sono più espulsi, o che essa sia il risultato di una maggiore attività nella segrezione: è probabile che queste due cause agiscono simultaneamente.

Ignoriamo il meccanismo secondo il quale i gas sono esalati: sono essi prodotti da qualunque parte dell'organismo, o pure è egli vero che il sangue ne contenga, ed allora sono esalati dalla mucosa solamente? Queste quistioni sono insolubili. Però una esperienza di Bichat sembra provare che i gas assorbiti per la pelle possono in seguito essere esalati alla superficie degli organi digestivi.

Sede e composizione de' gas. — Quando i gas sono in gran quantità, occupano quasi tutto il canale digestivo: però nella maggior parte de' casi, si trovano in spezialità, ed anche esclusivamente nel cieco, nel colon ascendente e trasverso e nell' S. iliaca. La composizione de' gas varia secondo i punti degli organi digestivi dove si raccolgono, e secondo lo stato generale degl' individui: quindi nello stomaco, è l'aria atmosferica, contenente solamente una maggior porzione di acido carbonico; nello intestino gracile, è un miscuglio di azoto, d'idrogeno e di acido carbonico; nello intestino crasso, indipendentemente dai gas che abbiamo enumerati, si trova ancora l'idrogeno carbonato o solforato; manca sempre l'ossigeno. La porzione di acido carbonico aumenta a misura che si avvicina al retto. In fine nello stato di malattia, l'azoto e l'idrogeno sono i due gas più di sovente esalati (Chevillot) e la porzione dell'idrogeno solforato aumenta di molto.

Incomodi ed accidenti prodotti da' gas intestinali. — In generale lo accumulo insolito de' gas nel tubo digestivo produce uno stato di mal'essere nel ventre anzichè un vero dolore; gli ammalati hanno borborigmi; il ventre è più o meno teso; rimbombano di più sotto la percussione, spesso presenta delle passeggierose irregolarità nella sua forma, dipendenti dalle contrazioni peristaltiche degl'intestini distesi; in fine i gas sono espulsi dalla bocca o dall'ano, e questa espulsione produce generalmente un sollievo. Quando i gas escono dalla bocca, formano quel che chiamasi eruttazione. Essi sono privi di odore per lo più, ma del gusto di uova fradice; qualche volta sono tanti che escono senza interruzione per lo spazio di molti minuti di seguito, e spesso portano via seco una porzione degli alimenti che perviene nella bocca mediante rigurgito. I gas che escono dall'ano in generale sono più o meno fetidi; la loro escrezione è più frequentemente spontanea; altre volte è provocata dagli sforzi, dalle grida, dalle emozioni morali, da certi movimenti.

Quando i gas, lungi dall'essere espulsi, sono trattiene nel canale digestivo, producono accidenti che variano secondo i punti dove sono accumulati e secondo il grado di distendimento delle parti. Niente prova che i gas possano, come è stato detto, dilatare, distendere una porzione dello esofago, il quale allora sarebbe spasmodicamente contratto al disopra o al disotto. Però di frequente i gas distendono lo stomaco; allora producono l'ansietà, incomodano la respirazione: vi sono sbadigli; l'epigastrio è teso, molto sonoro, esso è la sede di crampi di un dolore più o meno vivo, ed i liquidi trangugiati sembrano passare con difficoltà il cardia; infine alcune volte si osservano lottimie palpitazioni ec.

I gas quando sono accumulati negl'intestini, il ventre acquista un considerabile volume; esso è teso. Percuotendolo, rimbomba come un tamburo; da ciò il nome di *timpanite intestinale*, sotto il qual nome s'indica questa malattia. Palpeggiando il ventre accuratamente, si distingue spesso un rialzo formato dalle anse intestinali distese; esistono dolori addominali indicati sotto il nome di *coliche ventose*; i clisteri non possono qualche volta penetrare; infine si osservano aneor altri accidenti dipendenti dalla compressione esercitata su qualche organo. Quindi allorchè i gas distendono molto il colon trasverso, lo stomaco è compresso ed i vomiti hanno luogo; il diaframma è respinto verso il petto, il che dà luogo ad una grande ansietà, o molta dispnea, ed anche alla morte per asfissia, siccome Pierry lo ha dimostrato colle sue esperienze sugli animali. La compressione della vescica produce la dissuria e rende le escrezioni dell'urina più frequenti. Si è veduta una volta la vagina e l'utero respinti in fuori, e Van-Swieten ha osservato un edema della gamba sinistra prodotto dalla compressione della vena iliaca corrispondente. I gas occupano qualche volta un punto molto circoscritto dello intestino soltanto, come il cieco, o pure una o due anse intestinali; allora si vede scolpire a traverso le pareti del ventre un tumore rotondo, sonoro, elastico, doloroso, il più delle volte mobile, e che di tempo in tempo addiuvine la sede di borborigmi.

Dopo che sono rimasti accumulati per un tempo più o meno lungo, i gas sono finalmente espulsi per la bocca o per l'ano contemporaneamente, ora a poco a poco, ora in abbondanza: ciò è stato distinto da alcuni autori, e da Sydenham in particolare, sotto il nome improprio di *cholera secco*; spesso materie liquide sono portate via insieme co' gas. È cosa certa che in un gran numero di casi, la pneumatosi intestinale cede allo assorbimento de' gas. Quindi è che spesso accade di vedere meteorismi considerabili sparire a poco a poco senza che alcun fluido elastico sia stato espulso dalla bocca o dall'ano. Gli au-

tichi avevano attribuito a questo assorbimento gravi accidenti ed anche la morte; niente però giustifica i loro timori. I fatti che riportano in loro favore sono insufficienti, e reca meraviglia che un uomo sì dotto come il Signor Baumès li abbia ancora invocati oggigiorno nel suo *Traité des maladies venteuses* per sostenere la stessa opinione.

Lo stomaco e gl'intestini distesi oltre misura ed in modo permanente possono rompersi; questa rottura è stata osservata solamente quando le pareti erano già ulcerate, ammolite o canchrenate, allora la rottura à luogo al livello dell'alterazione. Si è pur detto che qualche volta le due tuniche interne rompendosi o dilatandosi, permettevano a' gas d'infiltrarsi nel tessuto cellulare sotto sieroso; in questi casi però, rari d'altronde, la tunica peritoneale non tarda a lacerarsi essa stessa.

Qualunque possa essere la causa produttrice della pneumatosi intestinale, questa malattia spesso va soggetta alle recidive.

Diagnosi, valore semiotico. — Il suono esagerato dal ventre sotto la percussione farà conoscere che il volume di questa cavità non dipende dallo accumulo di siero nel peritoneo. Colla percussione e colla osservazione del ventre si determina precisamente quali siano i punti degli organi digestivi dove i gas si sono in specialità esclusivamente accumulati.

Lo sviluppo insolito di gas che ritorna ad intervalli più o meno ravvicinati indica il più delle volte uno stato di atonia degli organi digestivi. Se questo sviluppo à luogo ne' giorni che sieguono ad un parto, la sollecitudine del medico dovrà essere suscitata, poichè il meteorismo è spesso il primo e qualche volta l'unico sintomo locale di una peritonite. Fuori lo stato puerperale, il meteorismo è estremamente raro nel corso delle malattie acute, eccettuata la febbre tifoidea, della quale costituisce uno de' sintomi più frequenti: quindi un accumulo molto considerabile di gas nel tubo digestivo sopravvenendo nel corso di una malattia febbrile dovrà sempre portare il medico a ricercare se esiste una lesione nelle glandole di Peyer. Il meteorismo quando esiste permanentemente, abbenchè a differenti gradi, in un individuo robusto, indica quasi certamente la esistenza in un punto del tubo digestivo di un ostacolo qualunque che si oppone al corso delle materie. Se tutto il ventre è gonfio ad un alto grado, si sospetterà che l'ostacolo à sede nella parte inferiore degli organi digestivi, e non si trascurerà di introdurre il dito nel retto.

Pronostico. — La pneumatosi intestinale, scevra da qualunque complicazione, non costituisce altro che un incomodo; non così però quando è molto avanzata. Questo accidente aggrava sempre il pronostico di tutte le malattie intestinali nelle quali si osservano, e particolarmente in quelle dell'ileo, della peritonite o della febbre tifoidea.

Cura.—Quelli che sono soggetti alla pneumatosi intestinale dovranno astenersi dal mangiare alimenti indigesti, farinacei, masticheranno bene, bevanno in preferenza i vini di Bordeaux e di Bourgogne, si asterranno da' vini bianchi, specialmente da tutti i vini nuovi; eviteranno dopo il pranzo la fatica, i dispiaceri di spirito, e generalmente tutto ciò che può turbare la digestione; manterranno il ventre lubrico, e faranno un esercizio moderato, mezzo di cui Fodère ha dimostrato la utilità. In molti ammalati le cui digestioni sono lente, si consiglia l'uso, dopo il pranzo, di qualche bevanda aromatica, come la camomilla, il thé, il caffè; però i liquori sono generalmente nocivi. In fine, nelle stesse condizioni, si ottengono spesso buoni effetti dall'uso della flanella, delle frizioni secche, specialmente sulla pelle del ventre, da' bagni aromatici ed i bagni di mare. Quando la pneumatosi sembra essersi sviluppata in seguito di un' atonia degli organi digestivi, s'impiegheranno per prevenirla e per combatterla, quando esiste, le sostanze dette *carminative*, delle quali le principali sono; l'angelica, l'anisi, la menta, la melissa, la camomilla, la cannella, le scorze di arancio e di cedro, ec. Queste sostanze si amministrano in infusione, o pure si prende frequentemente la loro acqua distillata o il loro olio essenziale. Si prescrivono internamente, o pure si applicano i fomenti sul ventre. Il loro uso è contro indicato se esiste una flemmasia degli organi digestivi; in questo caso, convengono solo gli antillogistici. Se la pneumatosi è consecutiva di una nevrosi dolorosa, questi stessi mezzi possono essere utili, ma bisogna far precedere le preparazioni oppiate. In alcuni casi, la concentrazione di un forte calorico sul ventre determina l'esplosione de' gas; altre volte si ottengono gli stessi effetti dalle applicazioni fredde ed anche ghiacciate. Alcuni medici hanno abusato de' purganti; crediamo che questi medicamenti convengono soltanto ne' casi di costipazione. Diminuiscono anche spessissimo il meteorismo che si sviluppa nella febbre tifoidea e nella peritonite puerperale. In quanto a' medicamenti detti *assorbenti*, come le materie calcari, la creta, la polvere di conchiglie, di perla, di scorze di ostriche, gli occhi di granchi, l'osso di seppia la magnesina, ec. sembrano affatto incerti; la magnesina però potrebbe essere utile ne' casi in cui la distensione dello intestino sarebbe prodotta dall'acido carbonico; in questo caso si avrebbe più vantaggio dall'ammoniaca amministrata sotto forma di pozione o di clisteri. La medicina veterinaria in fatti, ha fatto conoscere quanto questa sostanza fosse utile per combattere il distendimento gassoso della pancia de' ruminanti.

Quando il ballottamento del ventre è estremo ed i gas sono specialmente accumulati nell'intestino crasso, conviene introdurre nel retto e sin nel colon una sonda esofagea, avendo cu-

ra d'iniettare poscia alcune gramme di liquido per disotturare gli occhi dello strumento. Se il gas non esce via fuori, si adoterà una siringa; poi ritirando lo stantuffo, si produrrà un movimento di aspirazione il quale spesso provocherà l'uscita immediata di una grande quantità di gas. Di rado si ha bisogno di ricorrere a questi mezzi ne' casi di pneumatosi idiopatiche, ma si applicano quasi esclusivamente nelle pneumatosi che sono sintomatiche di un ostacolo al corso delle materie. Spessissimo però accade che questi mezzi sono privi di effetti: il distendimento allora addiviene estremo: in questi casi disperati, alcuni hanno proposto la puntura delle pareti intestinali con un picciolo tre-quarti. Questa operazione è stata praticata una volta dal Signor Maisonneuve ed un'altra volta dal Signor Baumès senza che abbia avuto luogo alcun versamento nell'addome: la esperienza però non ancora si è pronunziata su di essa. Crediamo non essere autorizzati a praticarla che ne' casi in cui, tutti i mezzi razionali sono stati inutili, e la distensione degl'intestini è imminente, e le pareti intestinali sono sul punto di lacerarsi; il Signor Baumès è della stessa opinione.

DELLO SVILUPPO SPONTANEO DE' GAS NEGLI ORGANI DELLA CIRCOLAZIONE SANGUIGNA

Alcuni medici come Pechlin, Groets, Ruischio, Morgagni nella sua 5^a Lettera, e più di recente Ollivier, negli *Archives* del 1838, hanno detto che alcune morti improvvise erano prodotte dallo sviluppo di un fluido elastico negli organi della circolazione sanguigna, e specialmente nel cuore. I fatti riportati da' medici che abbiamo citati non sono egualmente concludenti: però quelli osservati da Groets, da Ruischio e da Ollivier non lasciano alcun dubbio che alcune morti improvvise abbiano luogo per questa causa. In questo caso la morte è istantanea; qualche volta è preceduta da un dolore lacerante verso il cuore, da uno stato passeggero di sincope e da un tremito convulsivo delle membra o del tronco che dura soltanto alcuni secondi. Nello sparo dei cadaveri non si trova alcuna lesione organica distinta, ma solo un accumulo di fluido elastico nelle cavità destre del cuore; quindi percuotendole, si ha un suono simile a quello che dà lo stomaco o qualunque altro organo cavo disteso dall'aria: in fine il sangue ivi contenuto è rosso, schiumoso e combinato con bolle di gas. Si vede dunque che gli accidenti osservati durante la vita, come le lesioni trovate dopo la morte, sono a poco presso gli stessi che si osservano sugli animali ne' quali hanno iniettato l'aria nelle vene, o pure somigliano a quelli che hanno luogo

go nell' uomo quando l'aria atmosferica penetra bruscamente in una vena aperta durante una operazione.

Nella maggior parte de' fatti riportati dagli autori, specialmente in quelli osservati da Ollivier, non può considerarsi la presenza del fluido elastico nel cuore come un fenomeno cadaverico, poichè non esisteva alcun segno esterno di decomposizione putrida, e lo stesso sangue non offriva alcun indizio di alterazione settica: tutto porta a provare che i gas sono stati formati durante la vita. Secondo qual meccanismo però sono essi prodotti? Diremo col Signor Mery che l'aria atmosferica può passare in natura dalle ramificazioni de' bronchi nelle vene polmonali? La cosa è poco probabile. Ci sembra più ragionevole supporre che l'aria, e particolarmente l'acido carbonico, il quale dopo le ricerche di Magnus, esiste affatto formato nel sangue venoso ed in molta quantità (1), si separa in certi stati patologici ancora indeterminati.

Purtuttavia sembra che lo stato di debolezza degli individui vi predisponga; forse anche la formazione di un gas nel sistema circolatorio è una delle cause della morte per quelli che anno sofferto abbondanti emorragie. In fatti sappiamo che alcuni, ed in particolare il dottor Rerolles (thèse de 1832) sembrano aver trovato, siccome Mery e Littre, una certa quantità di fluido elastico negli uomini e negli animali che erano periti dopo una considerabile perdita di sangue: questo fatto però non è ancora certo. In fine termineremo dicendo con Ollivier, che, qualunque sia la causa la quale dà luogo allo sviluppo di un fluido elastico nel sangue durante la vita, e qualunque sia la natura di questo gas, non cade dubbio, dietro la rapidità della morte, che uccide nello stesso modo dell'aria che penetra accidentalmente dall'apertura di un tronco venoso vicino al cuore, cioè che la vita si estingue allora pur la istantanea interruzione della circolazione polmonale, e per la impossibilità del ritorno del sangue nelle cavità destre, le quali distese da un aria più o meno rarefatta, non possono più contrarsi.

PNEUMATOSI DELLE VIE URINARIE E GENITALI

1. *Vie urinarie.*—Non credo esistere nella scienza una solum osservazione autentica capace di provare, che la membrana mucosa delle vie orinarie abbia qualche volta esalato de' gas: i fluidi elastici che qualche volta vi si rinvencono siano stati ac-

(1) *journal de chimie*, n. de Septembre 1837 p. 307 La quantità di acido carbonico equivale ad un quinto di sangue impiegato.

cidentalmente introdotti. L'aria esterna penetra raramente negli organi genito-urinari dell'uomo in ragione della lunghezza, della obliquità e della strettezza del canale dell'uretra. Succede spesso però che dopo la operazione del cateterismo, e quando tutta la urina contenuta nella vescica è stata evacuata, una certa quantità di aria s'introduce per la via della sonda ed è poscia espulsa alla prima emission dell'urina. Eccetto questo caso, l'uscita de' gas dal canale dell'uretra nell'uno e nell'altro sesso indica quasi sempre che uno degli organi urinari, e specialmente la vescica, comunica col retto o con un'ansa dello intestino.

2. *Pneumatosi delle parti genitali della donna.*—Vi sono donne le quali, in alcuni movimenti del corpo, come nell'azione d'inclinare il tronco emettono dalla vulva una certa quantità di gas i quali si spandono con maggiore o minor rumore (*rutto vaginale*) Ciò osservasi solo nelle donne la cui vagina è larga ed umettata, in quelle che fanno uso del pessario, o pure durante l'atto del coito, il che permette all'aria esterna d'introdursi nella vagina e qualche volta sin dentro l'utero. Lo stesso fenomeno à luogo anche quando esiste una fistola retto-vaginale. In nessunò di questi casi il fluido elastico è esalato dalla mucosa. Però accade qualche volta che la cavità del collo essendo ostrutta, i gas sono veramente esalati nell'utero stesso fuori di qualunque gravidanza: ciò costituisce una malattia conosciuta sotto i nomi di *timpanite uterina vera*, o di *fisometria*, malattia della quale due celebri ostetrici, i signori Stoltz e Naegelé hanno forse a torto contrastata la esistenza nell'ultimo congresso di Strasbourg.

Rara nello stato di vacuità, la fisometria si sviluppa quasi sempre durante la gravidanza e poco dopo il parto; quindi si manifesta specialmente ne' casi in cui porzioni di feto, di seconda, o anche di grumi sanguigni, trattenuti nell'utero àn subito una putrida fermentazione. Allora la matrice forma un tumore proporzionato alla quantità del fluido elastico contenuto; rimbomba sotto la percussione; de' venti, in generale fetidi, che possono anche accendersi, messi in contatto con un lume, escon fuori spontaneamente, o pure la loro uscita è provocata quando, avendo introdotto il dito nella vagina, il collo viene sbarazzato da' grumi fibrosi che l'otturano. In generale il ventre si abbassa, e l'utero, colpito da inerzia, ritorna lentamente su di se stesso. Quasi sempre la fisometria dipendente dalle cause indicate è accompagnata da sintomi adinamici e nervosi più o meno gravi, in ragione dello assorbimento delle materie putride contenute nella cavità uterina.

Esistono pur anche nella scienza alcuni casi più rari dei precedenti di fisometria essenziale, cioè dei casi ne quali il gas si sviluppa dalle pareti uterine istesse, scovre da qualunque le-

sione materiale distinta. Questa segregazione morbosa spontanea è quasi sempre avuto luogo da uteri non fecondati. La quantità de' gas aumentando mai sempre, la matrice acquista un maggior volume, seguendo qualche volta lo stesso aumento progressivo di una gravidanza regolare. Arrivato ad un certo sviluppo l'utero protuberava all'ipogastrio e sin anche sino all'ombelico. La percussione praticata su di esso offre un suono timpanitico, e se col dito portato sul muso di tinca, si cerca di spingerlo in alto, si può verificare un peso specifico considerabile affatto in opposizione col suo volume. Le donne istesse avvertono un peso, quindi qualche volta queste donne si credono gravide. In questi casi, si sentono di tempo in tempo i gas uscir via in una certa quantità dalla vulva, e questa emissione è seguita da un afflosciamento proporzionato al tumore. Il più delle volte però i venti escono bruscamente in una sola volta, facendo sentire un sibilo, un rumor prolungato e qualche volta molto considerabile. Perciò sono state osservate donne le quali si credevano arrivate al quinto o settimo mese della gravidanza, provare ad un tratto una eruzione considerabile dalla vulva di gas senza odore, seguita tosto dalla scomparsa del tumore uterino, e di tutti i fenomeni simpatici che avevano fatto credere la esistenza di una gravidanza: tale è l'esito ordinario della malattia.

Diagnosi.—La fisometria può confondersi colla gravidanza, colla idrometria ed anche colla timpanite intestinale. La si distinguerà facilmente dalla gravidanza per la mancanza del ballottamento, de' rumori placentari e fetali, come pure per la leggerezza del tumore, che offre un suono completamente chiaro quando si percuote. Il contrario è luogo nella idrometria e tutte le volte che lo sviluppo dell'utero è prodotto da un corpo solido o liquido. In fine si distinguerà la timpanite uterina dalla intestinale, in quanto che in questa il distendimento ed il suono timpanitico occupano tutto il ventre; essi sono distinti sul tragitto del colon: in oltre si sente un rilievo che formano le anse intestinali distese; di più il tatto fa conoscere che l'utero conserva il suo volume ordinario, o ch'è pieno di un altro prodotto meno che da un fluido elastico.

Pronostico.—La fisometria non offre alcun pericolo.

Cura.—La cura della fisometria consiste a togliere l'ostacolo il quale si oppone alla escrezione de' gas. Quando la malattia si manifesta dopo il parto, per lo più è un grumo; quindi il dito portato nel collo basta per distaccarlo e portarlo via. Subito dopo, bisognerà, mediante una sonda di gomma elastica, far penetrare nel collo dell'utero alcuni liquidi emollienti, detersivi, clorurati. Si manterrà la maggior nettezza possibile; si eserciterà una dolce pressione sul ventre mediante una fascia di corpo; finalmente si prescriverà una cura adattata ai

sintomi generali. Ne' casi di fisometria essenziale, si potrà forse procurare la dilatazione meccanica del collo. Il miglior mezzo sarebbe d'introdurre nella sua cavità un pezzettino di spugna fina ed asciutta.

PNEUMATOSI DELLE MEMBRANE SIEROSE E SINOVIALI

I gas sono stati trovati sparsi nella cavità di tutte le membrane sierose e nella maggior parte delle sinoviali. Questi fluidi elastici di sovente sono prodotti dopo la morte; allora sono il risultato della decomposizione putrida; o pure si sono sparsi durante la vita: in quest'ultimo caso sono stati raramente segregati o esalati dalla membrana sierosa o sinoviale, ma derivano o dalla decomposizione de' fluidi stravasati, o dalla comunicazione della cavità collo esterno, per mezzo di una piaga o con gli organi i quali, come i polmoni ed il tubo digestivo, contengono naturalmente l'aria o un gas qualunque. Non abbiamo niente a dire su i gas che si rinvencono qualche volta nell'autopsia nelle cavità articolari come pure nelle meningi cerebrali e rachidiane, perchè tutto porta a pensare, che questi infiltramenti o questi versamenti sono sempre cadaverici. D'altronde, supponendo che si potessero sviluppare durante la vita, non esiste alcun segno particolare per farli conoscere, a meno che il gas non si sia sparso nell'articolazione superficiale, caso in cui la percussione, facendo sentire un suono più o meno timpanitico, manifesterebbe così la natura dell'alterazione.

PNEUMATOSI PERITONEALE

Si è creduto per molto tempo che, nella timpanite, i gas occupavano specialmente o anche esclusivamente la cavità del peritoneo. — Però al cominciare del secolo ultimo (1713) Littré, nelle *Memoires de l'académie royale des sciences*, dimostrò coi spari cadaverici, quanto questa opinione fosse erronea; ei sostenne ancora che il peritoneo non esalava mai gas durante la vita, e che in tutte le tumefazioni ventose del ventre, i fluidi elastici erano costantemente ed esclusivamente contenuti nello stomaco e negl'intestini. Questa dottrina trovò i suoi contraddittori: Combalusier specialmente cercò di rifiutarla nel tomo 1.^o della sua *Pneumo-Pathologie*. Nessuno de' fatti però riportati da questo autore dimostra che i gas che egli ed altri han trovati nel peritoneo erano stati realmente esalati da questa membrana, e che in alcun caso non provenivano da una le-

sione degl' intestini, e più di sovente ancora da un cominciamento di putrida decomposizione. Crediamo che nello stato attuale della scienza, non bisogna negare assolutamente la possibilità di una pneumatosi peritoneale. Però quest' alfezione è talmente rara da non esserne forse un solo esempio autentico. Torna dunque inutile, allo esempio degli autori di patologia, di ricercare quali siano le cause, i sintomi e la diagnosi di una malattia la cui esistenza è molto problematica.

DEL PNEUMO-PERICARDO

Lo spandimento di gas nel pericardio, è una malattia rarissima, e sulla quale non possediamo ancora alcuna dilucidazione precisa. Risulta però dal piccolo numero de' fatti osservati sin ora che il pneumo-pericardo quasi sempre coincide con un versamento di liquido.

Sono stati indicati alcuni segni siccome capaci di diagnosticare l' accumulo de' gas nel pericardio. Questi segni sono un suono timpanitico della regione precordiale, ed un rumore di fluttuazione o di gorgogliamento determinati da' battiti del cuore. Si dirà (e ciò era evidente in un ammalato di cui Bricheteau à pubblicato la osservazione negli *Archives* de 1841) che un'ala di mulino batte successivamente il liquido, o pure che si soffia fortemente con un tubo in un vaso che contiene l' acqua. Bisogna solamente avvertire di non confondere col fenomeno di fluttuazione un rumore a poco presso simile, di cui lo stomaco è spesso la sede durante l' introduzione de' liquidi, o quando s' impone al tronco una scossa alquanto forte.

Laënnec credeva che il versamento gassoso nel pericardio era causa che in certi individui si potevano sentire i battiti del cuore ad una certa distanza dal petto; nessun fatto però ch' io mi sappia à consolidato l' assertiva di Laënnec. Vedremo d' altronde in seguito, che i battiti del cuore non si odono in distanza se non che in certe malattie croniche o in alcuni casi di palpitazioni nervose.

DEL PNEUMO-TORACE

Si osservano frequentemente de' gas sparsi nelle pleuri. Quasi sempre questi fluidi vi penetrano in seguito di una rottura o di un perforamento ulceroso de' polmoni: alcune volte provengono direttamente dallo esterno, quando per esempio, esiste una piaga penetrante delle pareti del petto, o pure sono forniti da uno de' visceri addominali, specialmente dallo stomaco,

quando una comunicazione morbosa si è stabilita tra esso e la pleura. Si è pur anche supposto che i liquidi sparsi nelle pleuri come il sangue ed il pus, potevano decomporsi in modo da permettere lo sviluppo de' gas. Finalmente anno ammesso che in alcuni casi rari la pleura poteva di per se, o anche nel corso di una flemmasia acuta o cronica, esalare de' fluidi aeriformi. Parleremo qui soltanto di questa ultima forma di pneumo-torace, riserbando lo studio delle altre specie, quando tratteremo nel volume seguente dei perforamenti della pleura e dei polmoni.

Nessuno dubita esistere un pneumotorace essenziale, cioè formato da una semplice esalazione gassosa alla superficie delle pleure. Questa opinione conta in suo favore gravi autorità. Mi basta citare Laënnec ed i professori Graves e Stokcs. Questa segrezion morbosa non sembra mica aver luogo quando la pleura è intatta, ma solamente ne' casi in cui essa è infiammata. Quindi Laënnec dichiara che nelle pleurisie acute, ad un' epoca vicina alla formazione del versamento, e senza che il liquido sparso vada soggetto ad alcun'alterazione chimica, una esalazione gassosa può unirsi al versamento liquido. Più di recente, il professor Graves à parlato di un pneumotorace dipendente da un esaltamento che complicherebbe qualche volta la pleuro-pneumonia. Diciamo però che di simili casi sono molto rari.

Il pneumo-torace essenziale o per semplice esalazione non si conosce affatto durante la vita se non che per la dilatazione del petto, per un esaltamento nel suono e per la debolezza, o la mancanza del rumore respiratorio ne' punti corrispondenti: noi però siam di avviso che non possa aver luogo nell'atto della respirazione, o durante le scosse della tosse o le vibrazioni della voce, il fenomeno conosciuto in ascoltazione sotto il nome di *tintinnio metallico*. Crediamo che questo debba aver luogo solamente con difficoltà, anche quando il versamento gassoso coesiste con un versamento liquido. So bene che in questi casi si è supposto che una goccia di siero cadendo dalla parte superiore del petto sul versamento liquido, o che una bolla di aria attraversandolo, e mostrandosi alla superficie, poteva determinare il tintinnio metallico: questo fatto però non ci sembra per anco dimostrato, ed anche che lo fosse, queste condizioni pel prodotto del fenomeno debbono osservarsi di rado. E forse possibile che il tintinnio metallico possa allora prodursi sotto la influenza di una forte scossa dovuta alle scosse della tosse? I Signori Barth e Roger ammettono questa possibilità; ma nessuno ch'io mi sappia, è ancora pervenuto alla dimostrazione del fatto. Se avvi dubbio per noi che il tintinnio metallico possa prodursi in simili condizioni, non così però del rumore della *fluttuazione toracica*, la quale non à bisogno per essere intesa della esistenza di una fistola polmonale, e non esige altre condizio-

ni per essere prodotta meno che la esistenza nel petto di una vasta cavità contenente gas e liquido contemporaneamente.

Quindi in riassunto diremo, che la esalazione gassosa delle pleure si conoscerà allo esterno durante la vita per la dilatazione delle pareti toraciche, per lo esaltamento del suono, per la mancanza del rumore respiratorio ne' punti corrispondenti; in fine, nei casi in cui il versamento di aria esiste simultaneamente con un versamento liquido, un rumore di fluttuazione toracica potrà essere prodotto durante le scosse impresse al torace. La respirazione anforica, fenomeno quasi costante nel pneumo-torace sintomatico di una fistola polmonale, non si osserva mai nella semplice esalazione gassosa delle pleure. In quanto al tintinnio metallico, si comprende la sua possibilità; cade dubbio però, a nostro modo di vedere, se possa aver luogo.

Il pneumo-torace semplice ci sembra una malattia benigna, ne' casi sin ora conosciuti, non à prodotto l'oppressione, la soffocazione, l'ansietà che osservansi quasi sempre nel pneumo-torace sintomatico di una fistola polmonale. Questa differenza dipende dal perchè in quest'ultimo una grande quantità di gas irrompe ad un tratto nella pleura, mentre la membrana sierosa esala soltanto un piccolo volume di fluido aeriforme, il quale d'altronde è prontamente assorbito. Confessiamo però che i fatti mancano ancora per determinare alquanto esattamente i sintomi il corso e l'esito del pneumo-torace essenziale. Lo stesso dubbio si presenta relativamente alla cura. Crediamo però che di rado la malattia necessiti di una terapeutica energica e speciale. Siccome la esalazione gassosa à luogo ordinariamente allo sviluppo di una pleurisia o di una pleuro-pneumonia, bisogna limitarsi a combattere la malattia principale con mezzi analoghi. Sarebbe questo forse il caso d'insistere su i rivellenti, come le coppe a vento i vescicatori. (Vedi nel t. 11° l'articolo *Perforazione de' polmoni e delle pleure*.)

SESTA CLASSE DI MALATTIE

DEGLI AVVELENAMENTI

Chiamasi *avvelenamento* lo stato morboso che risulta dalla introduzione nella economia, da una via qualunque, di un agente che distrugge la salute o annienta completamente la vita senza agire meccanicamente. Le sostanze capaci di produrre questi effetti, sono conosciute sotto il nome di *veleni*.

I veleni possono presentarsi nello stato solido, liquido o gassoso; il loro numero è multiplice, e tutti hanno riconosciuto la impossibilità di classificarli metodicamente. Quasi tutti però ammettono la classificazione di Vicat, modificata dal Signor Orfila consistente a dividere i veleni in quattro classi, avendo riguardo al loro modo di agire sulla economia. Detti sono, 1.° veleni irritanti; 2.° narcotici, 3.° narcotico-acri, 4.° veleni settici. Questa classificazione, comunque difettosa, merita la preferenza su quelle fin' ora proposte, per avere il vantaggio di ravvicinare le sostanze che producono analoghi effetti su i nostri organi, ed evitare molte inutili ripetizioni. Convien dire però con Richard Mead che lo stesso veleno può variare ne' suoi effetti; che se bene dello stesso genere, una sostanza velenosa potrà avere differenti effetti e produrre fenomeni estranei al genere, a seconda la dose che si amministra, e la maniera con cui penetra nella economia; ciò verrà esposto in speziellà per le preparazioni di piombo, che abbiamo collocate tra i veleni irritanti, e che pertanto possono produrre effetti contrari, consecutivamente al loro assorbimento.

Molti veleni sono introdotti nello stomaco e nel tubo digestivo; altri agiscono dopo essere stati applicati sulle altre superficie mucose, o pur sulla pelle, specialmente quando questa è denudata, o alla superficie di una piaga e nel tessuto cellulare.

Checchè ne sia del suo modo d'introduzione nella economia, il veleno può agire soltanto localmente irritando o disorganizzando i tessuti; tali sono gli acidi concentrati, la potassa, ec. altri esercitando un' azione sulle superficie colle quali si trovano in contatto, spiegano la loro azione sopra organi più o meno lontani in conseguenza del loro assorbimento: tale è in particolare l'oppio. In fine esistono veleni che hanno un' azione complessiva; essi infiammano dapprima i tessuti co' quali sono in contatto; poi una porzione essendo assorbita determina alcune lesioni simili sopra altri organi; tali sono per esempio le cantaridi, le quali trangugiate, infiammano alcuni punti delle vie orinarie; altri portano la loro azione sul sistema nervoso, eccitandolo o abbattendolo senza produrre alcun' alterazione materiale nel tessuto; quindi è che agiscono in modo particolare la noce vomica, il tabacco. In fine, avvi de' veleni che assorbiti, spiegano primitivamente la loro azione sul sangue istesso del quale alterano la composizione; tali sono la maggior parte delle materie virulenti e molti veleni. Si vede dunque che un gran numero di veleni sono assorbiti, e questo assorbimento, che da pochi anni era sconosciuto nella maggior parte delle sostanze, ed ammesso per altre dietro i dati puramente fisiologici, è stata dimostrata sperimentalmente dal Signor Orfila, il quale a tro-

vato la maggior parte de' veleni minerali nel tessuto di molti organi ; nel sangue e nell'urina. Queste belle ricerche hanno aperta una via novella alle intraprese medico-legali.

La maggior parte dei veleni agiscono immediatamente , o almeno poco dopo la loro applicazione ; tali sono specialmente quelli che abbiamo classificati ne' tre primi generi, ed alcuni di quelli del quarto, come i veleni. Altri, sia che abbiano un'azione locale, sia che assorbiti agiscono lungi da' punti ove sono stati depositati, non determinano effetti distinti che molti giorni, molte settimane o molti mesi dopo il momento della loro applicazione; ciò chiamasi il *periodo d' incubazione*; osservasi nell'avvelenamento per mezzo de' virus.

Le malattie prodotte da' veleni, di qualunque natura essi siano, d'ordinario hanno un corso acuto e spesso perperacuto ; in alcuni casi però, la malattia siegue un corso cronico. A torto alcuni hanno negato la esistenza dell' avvelenamento lento o cronico; in fatti ne vedremo degli esempi in certi modi di azione esercitati dal piombo e dal mercurio. Però crediamo, col Signor Orfila, che non si conoscono *veleni lenti*, mediante i quali si potrebbe dar luogo alla morte ad un'epoca determinata. La opinione, ingenerata dalla ignoranza, e sostenuta da pregiudizi popolari, è contraria alle leggi della natura. Troppo spesso sono stati presi per avvelenamenti lenti, lesioni viscerali gravi, alterazioni organiche sviluppate spontaneamente o in seguito di un avvelenamento acuto.

Torna impossibile dare in questo luogo ed in modo generale i sintomi dello avvelenamento e le lesioni che si trovano dopo la morte. Questa indicazione sarà meglio collocata, quando ci faremo a parlare delle principali specie di veleno. Ci basta dire per ora che molte malattie addominali, e del sistema cerebro spinale possono simulare un avvelenamento, le principali sono: le indigestioni, l'ileo, il colera, la peritonite, le coliche epatiche e nefritiche: certe specie di nervosi, e le emorragie dei centri nervosi, ec. Tuttavia, collo studio de' commemorativi e col paragone de' sintomi, col loro ordine di successione ed il loro corso, si giunge quasi sempre a fissare il vero carattere della malattia; e quando questa ha un esito funesto, l'apertura dei cadaveri dissipa generalmente alcuni dubbi che potevano ancora aver luogo. In alcuni casi rari però, è vero, che la natura de' sintomi e le ricerche necroscopiche sono insufficienti; per arrivare quindi alla diagnosi, bisogna necessariamente ricorrere all'analisi chimica delle materie escrete, o degli stessi organi.

Cura.—Il Signor Orfila, i cui travagli hanno illuminato tanti punti oscuri della scienza tossicologica, distingue due epoche nella cura dello avvelenamento: o si è chiamato subito dopo la introduzione del veleno, o pure molto tempo dopo. Nel pri-

mo caso, bisogna impedire che il veleno agisca cacciandolo fuori, distruggendolo o neutralizzandolo. Se trattasi di un veleno introdotto negli organi digestivi si espellerà saziando l'ammalato di acqua tiepida pura o mista ad olio; si ecciteranno i vomiti mediante il solletico dell'ugola e dell'istmo delle fauci, o pure amministrando un vomitivo, come lo emetico, il solfato di zinco, ed anche meglio la ipecacuana, la quale non irrita come gli antimoniali. Se la contrazione de' muscoli o la energica volontà degli ammalati rendesse impossibile la introduzione delle bevande, non bisogna trascurare d'introdurvi prontamente una sonda esofagea che si farà penetrare per la via delle narici. Se il trisma delle mascelle si opponesse alla uscita delle materie, non s'introdurrebbe alcun vomitivo nello stomaco, ma si sbarazzerebbe l'organo dal veleno mediante la pompa detta *gastrica* per mezzo della quale si fa prima penetrare molta acqua nel viscere, poi si aspira quando si è saturata del veleno. Se la sostanza tossica esiste soltanto nel retto, si espelle mediante i clisteri semplici o purgativi. Se il veleno è stato applicato sulla superficie esterna verrà tolto colle lavande; lo stesso si praticherà se sarà stato depositato sopra una piaga; in questo caso, il veleno agisce specialmente in forza dello assorbimento. Si preverrà, o almeno si procurerà di ritardare questo assorbimento collocando una ligatura tra la piaga ed il cuore, sollecitando colle pressioni lo scolo del sangue o anche meglio mettendo la soluzione di continuo sotto il vuoto di una ventosa. La seconda indicazione consiste a neutralizzare il veleno mediante una sostanza che gode della proprietà di decomporlo, o di combinarsi con esso, in modo a formare un novello prodotto che non esercita alcun azione deleterea sulla economia; ciò caratterizza l'*antidoto* o il *contravveleno*. In certi avvelenamenti operati dalle materie putride, co' veleni o co' virus, quando questi veleni sono stati depositati in una piaga, si deve distruggerli colla cauterizzazione, se però mancano le sostanze per neutralizzarli; la cauterizzazione per essere efficace, dovrà toccare tutta la superficie della soluzione di continuo in tutti i seni e ad una certa profondità. Queste regole di cura saranno adottate qualunque sia il periodo nel quale il medico sarà chiamato; si applicheranno anche quando il veleno cominciasse a manifestare i suoi effetti generali. La condotta però sarà diversa ne' casi in cui il veleno, essendo stato trangugiato nello stomaco, l'uomo dell'arte arriva ad un'epoca in cui tutta la porzione che non è agito è stata espulsa da vomiti o dagli scarichi: allora non esistono altre indicazioni a compiere meno che combattere gli accidenti che risultano dalla porzione del veleno che è agito localmente o per assorbimento. In fine, quando l'avvelenamento è prodotto dalla introduzione di un miscuglio formato da molte sostanze dele-

teree, bisogna obedire da principio alla prima indicazione, la quale consiste ad espellere il veleno per quanto più possibile mediante i vomiti, poi amministrare gli antidoti, purchè i medicamenti non vengono decomposti a vicenda; poichè allora bisognerebbe limitarsi ad attaccare solamente il veleno più attivo. Conveniamo però essere difficil cosa quello di poter dare la condotta che deve tenersi in simile circostanza, per la difficoltà che avvi di conoscere esattamente i miscugli presi dagli ammalati, e perchè il medico non può calcolare le reazioni chimiche che anno potuto aver luogo tra i diversi veleni.

PRIMO GENERE DI AVVELENAMENTI

AVVELENAMENTO CON SOSTANZE IRRITANTI

I veleni irritanti sono quelli che infiammano o corrodono i tessuti co' quali si mettono in contatto. La maggior parte anno soltanto un'azion locale, sebbene alcuni agiscono anche per assorbimento; in fine vedremo che molti di questi preparati che sono irritanti quando si applicano a certe dosi sopra i tessuti, agiscono differentemente quando sono introdotti nella economia a dose rifratte o per assorbimento cutaneo o polmonale: ciò verrà stabilito in spezieltà per le preparazioni saturnine e mercuriali.

AVVELENAMENTO PEL FOSFORO, IODO, BROMO E CLORO

Tutti questi corpi agiscono siccome corrosivi: quindi il fosforo introdotto negli organi digestivi l'infiamma, perchè questo metallo bruciando a spese dell'aria che vi è contenuta, si trasforma in acido fosforico. Una parte è in tal guisa assorbita ed eccita il sistema nervoso degli organi genito-urinari. In questo avvelenamento, vi sono dolori vivi nel ventre, vomiti ostinati, una prostrazione estrema delle forze e qualche volta convulsioni.

Il fosforo lavorato nella industria può dar luogo a molti accidenti. Quindi si sa oggi che gli operai i quali fabbricano i fiammiferi, sono di frequente colpiti da flemmasie de' bronchi, ed è stato notato molte volte, tanto in Alemagna quanto in Francia, la necrosi delle ossa mascellari. Si leggeranno con molto interesse, nella *Revue médicale* de 1846, le ricerche speciali che il dottor Roussel à pubblicate a questo riguardo.

Il iodo introdotto nelle vie digestive, si trasforma in acido idroiodico; esso infiamma, ulcera ed ammolisce la membrana mucosa. Gl'individui provano durante la vita nausea, vo-

miti, dolori acuti, sete, sincopi e convulsioni; in fine si osservano ancora erezioni frequenti e perdite uterine. Una parte dell' iodo è assorbita, e può trovarsi questa sostanza nell'urina, nel sudore e nella saliva.

Si combatterà l'avvelenamento del fosforo, facendo vomitare l'ammalato e riempiendo lo stomaco di una grande quantità di acqua. Lo stesso si praticherà per l'avvelenamento del iodo e del bromo. Solamente bisognerà, nel primo, dopo aver fatto vomitare, dare per la bocca e per clisteri una leggiera decozione di amido.

Niente si conosce di preciso sull'avvelenamento del bromo e del cloro. Consigliano di trattare il primo nello stesso modo di quello prodotto dal iodo: il secondo coll'acqua albuminosa, perchè sembra essere un buon antidoto, stando alle esperienze de' signori Orfila e Devergie.

AVVELENAMENTO COGLI ACIDI CONCENTRATI

Gli acidi tossici debbono essere divisi in due ordini; gli uni, al numero di dodici, agiscono esclusivamente come irritanti e come caustici; dessi sono: gli acidi *acetico*, *azotico* o *nitrico*, *ipoazotico*, *idroclorico*, *l'acqua regale*, gli acidi *fosforico* e *ipofosforico*, *ptoridrico*, *solforico*, *solforoso* o *tartarico*. Gli altri, indipendentemente dalla loro azione tutta locale, ne esercitano una dovuta allo assorbimento di una parte del veleno; tali sono gli acidi *ossalico*, *arsenioso* ed *arsenico*.

Nella descrizione che siamo per dare, terremo innanzi gli occhi specialmente gli avvelenamenti degli acidi solforico ed azotico, per essere, e soprattutto l'ultimo, i più frequenti di tutti.

AVVELENAMENTI COGLI ACIDI I QUALI ANNO SOLTANTO UN' AZIONE IRRITANTE E CAUSTICA

Caratteri anatomici. — In quelli i quali muoiono dietro questo avvelenamento, si trovano spesso sulle dita e specialmente sulle labbra alcune macchie o escare, il cui colorito può indicare già la natura dell'acido trangugiato: quindi sono *grigie* è qualche volta *nere* quando l'acido solforico le ha prodotte: esse sono *gialle* se è stato l'acido azotico. Questa tinta giallastra è qualche volta nello interno della bocca, nello esofago e sulla corona de' denti. Le parti che sono state in contatto coll'agente tossico presentano spesso un cambiamento di natura, dovuto solamente ad una reazione affatto chimica. Quindi è che i tessuti, addivenuti giallastri, sono tramutati in una sostanza crassa o saponacea, poco putrescibile. Si rinvencono ancora diver-

si gas , specialmente l' azoto , il gas nitrico , l' acido carbonico ec. Nella maggior parte de' casi però , il contatto dell' aria à prodotto molti disordini di natura infiammatoria. La mucosa buccale , faringea ed esofagea , è rossa , ecchimosata , escoriata , essa è mortificata o ulcerata in alcuni punti : in altri è coperta da concrezioni di un bianco grigiastro e più o meno aderente. Nello stomaco e nel duodeno esistono pure delle lesioni le quali variano secondo l' abbondanza ed il grado di concentrazione dell' acido ingoiato. Quindi qualche volta si trovano tutti i caratteri anatomici di una gastro duodentite violenta: la mucosa è rossa uniformemente, ecchimosata a guisa di piastra, gonfia ed ammolita , convertita in un detritus adiposo , o ricoperta da concrezioni membranacee ; in altri punti , si distinguono le escare ed i perforamenti. Queste lesioni possono osservarsi ancora in una parte della lunghezza dello intestino gracile. Cosa che merita attenzione , può succedere che le alterazioni più gravi occupino solamente lo stomaco ed il retto , il che spiegasi per la rapidità colla quale l' agente tossico à attraversato lo intestino gracile : bisogna in oltre , che questo sia stato protetto dalla interposizione di materie fluide , al centro delle quali il veleno à senza dubbio fatto camino. Quando l' acido non produce la morte che dopo un tempo molto lungo , si trova il tubo digestivo contratto ed atrofiato : quindi l' intestino gracile eguaglia appena il dito minimo , e lo stomaco spesso à solamente il volume dell' ileo ; la mucosa gastro intestinale è biancastra , spessita. L' individuo è allora in uno stato di massimo marasma , e le ossa , siccome lo à notato Tartra nella sua eccellente monografia *sur l' empoissonnement par l' acide nitrique* , sono spesso friabili , siccome lo sono qualche volta nella diatesi cancerigna.

Sintomi , corso. — Lo individuo che trangugia un acido concentrato prova al momento un sapore scottante ed un dolore acuto nella gola , che si propaga lungo lo esofago sin nello stomaco. Quasi nello stesso tempo sopravvengono i vomiti ; le materie , qualche volta sanguinolente , più spesso gialle , scottanti nella gola , stridolano sul carbone rovente ed arrossiscono la carta di tornasole. La deglutizione è impossibile ; l' ammalato è tormentato da sete inestinguibile : tosto si lagna di coliche violenti ; il ventre si gonfia , e gli scarichi sanguinolenti succedono. Sin dallo sviluppo dello avvelenamento , i sintomi generali gravi si manifestano : quindi il polso è piccolo , frequente , irregolare ; vi sono freddi passeggeri , la superficie del corpo è coperta da un sudore freddo e glutinoso , le labbra sono tremule gli occhi incavati , e violacee , tutta la fisionomia alterata. Nello interno della bocca si scovrono le escare , e più spesso semplici concrezioni grigiastre , al di sotto delle quali la mucosa è rossa , escoriata , ecchimosata e dolorosissima. In fine la

segrezione urinaria è spesso sospesa: avvi dispnea, ed un senso di oppressione sternale penosissimo.

Questi sintomi non offrono sempre la stessa intensità: variano molto a seconda la quantità del veleno ingoiato ed il suo grado di concentramento. Se gl' individui anno inghiottito solamente alcune gramme di acido, questo limita allora la sua azione nella bocca e nella faringe, e si osservano soltanto i segni ordinari di una faringite: però è moltissimo dolorosa. È cosa degna di attenzione che le piccole dosi di veleno producono dolori vivissimi, atroci ancora, mentre che i malati si lagnano appena quando la sostanza tossica è stata trangugiata in molta quantità. Ciò spiegasi perchè nel primo caso il veleno non à fatto che infiammare e denudare la mucosa, ed esaltare per conseguenza la sensibilità, mentre che nel secondo à disorganizzato il tessuto ed estinto qualunque sensazione. Si comprende che tra questi due estremi esistono molti stati intermedi su de' quali non debbo intrattenermi più a lungo in questa articolo.

Ne' casi più gravi, la morte à luogo in cinque o sei ore, il più delle volte gli ammalati contrastano uno due o tre giorni. Se sopravvivono a' primi accidenti, i segni d' infiammazione buccale e faringea aumentano; avvi allora ptialismo; spesso la voce si fa rauca, ed esistono i segni di laringite. La infiammazione, che spesso sembra essere concentrata in queste parti si propaga allo esofago, siccome viene indicato da un dolore vivo che si avverte lungo il dorso sino allo stomaco: l' epigastrio addivene esso stesso doloroso; in fine lo intestino partecipa tosto della infiammazione delle parti superiori, come le coliche e la diarrea lo dimostrano. Se anno avuto luogo le escare, si distaccano verso il sesto o settimo giorno, e la loro caduta è qualche volta seguita da emorragia più o meno considerabile. Alcuni ammalati possono ristabilirsi; altri continuano a vomitare ed a soffrire la diarrea; si veggono spesso allora nelle materie escrete le concrezioni membraniformi, grigiastre, dense, resistenti, le quali enfiate anno perfettamente la forma dello esofago e dello stomaco. Tartra riporta un caso estremamente degno di attenzione che osservò con Bichat a l' Hôtel-Dieu di Parigi. Spesso lo spurgo delle false membrane è seguito da un aumento de' dolori, specialmente durante la introduzione delle bevande, come se la mucosa, cessando di essere protetta dal prodotto morboso, sopportasse più difficilmente il contatto dei corpi estranei. Molti di questi ammalati, nulla potendo digerire, periscono in uno stato di marasmo: altri si ristabiliscono: però la loro convalescenza è lunga, stentata: molti van soggetti pel resto della loro vita a disturbi degli organi digestivi, come, frequenti indigestioni, dispepsia, gastralgie ec.

Gli acidi solforico ed azotico possono essere assorbiti; ma in generale non si osserva alcun accidente che possa riportarsi a questo assorbimento. In un caso però, è veduto manifestarsi un coagulo istantaneo del sangue in una delle arterie crurali. Questo coagulo poi era desso in realtà lo effetto dello assorbimento dell'acido? Ciò non può assolutamente affermarsi.

Diagnosi. — A' segni precedenti, coadiuvati d'altronde dalla ispezione della bocca e da' commemorativi, non si saprebbe sconoscere l'avvelenamento prodotto da un acido concentrato. La dichiarazione dello ammalato, ed in sua mancanza, l'analisi chimica, sono spesso necessarie per conoscere la natura dell'acido ingoiato.

Pronostico. — Il pronostico è tanto più grave in quanto che il veleno è stato trangugiato in molta quantità, in quanto che lo stomaco conteneva pochi alimenti e bevande. A cose eguali d'altronde, lo avvelenamento volontario è più grave di quello che à avuto luogo inconsideratamente, perchè nel primo caso la quantità del veleno è quasi sempre maggiore.

Cura. — Se il veleno preso in piccola quantità agisce solamente sulla bocca e sulla faringe, bisogna limitarsi a combattere la infiammazione ivi prodotta. Se l'acido è stato preso in molta dose, e se chiamato poco dopo l'accaduto, si suppone esservene ancora una certa quantità di libero nello stomaco; bisogna sollecitare la neutralizzazione facendo bere la maggior quantità di acqua possibile, nella quale si scioglie la magnesia decarbonata; o pure si amministrerà una soluzione acquosa di carbonato di potassa, o anche una soluzione acquosa di sapone. Finalmente se mancano tutte queste sostanze, si sazierà l'ammalato di acqua tiepida, nello scopo di allungare il veleno. Fa d'uopo seguire questa condotta per molte ore; perchè se è vero che gli acidi concentrati agiscono istantaneamente, è pure dimostrato dalla osservazione, che l'azione caustica continua per molte ore sino alla combinazione o alla decomposizione totale dell'acido, e ciò è stata stabilito in modo assoluto dal Tartra. Ne' casi in cui alcune ore sono già scorse dopo la introduzione dell'acido, se specialmente vi sono stati vomiti abbondanti, l'uso dello antidoto sarà piuttosto nocivo anzichè utile. Quindi bisogna impiegare solamente le bevande dolci, emollienti, e combattere con i salassi generali o locali, con i bagni e le lavande, coi fomenti emollienti e la dieta, la esistente infiammazione.

AVVELENAMENTO COGLI ACIDI I QUALI AGISCONO E COME CAUSTICI SU I PUNTI DI CONTATTO, E PER ASSORBIMENTO SUGLI ORGANI LONTANI, NEL MEDESIMO TEMPO.

Abbiamo collocato tre acidi in questa sezione, e sono gli acidi ossalico, arsenioso ed arsenico.

Avvelenamento coll'acido ossalico

L'acido ossalico, siccome lo anno dimostrato le ricerche di Christison e di Coindet, produce, quando è concentrato la infiammazione, la corrosione e la dissoluzione gelatinosa delle membrane dello stomaco; i polmoni poi presentano quasi sempre delle macchie di un rosso vivo.

Durante la vita avvi un dolore scottante allo stomaco, vomiti carichi ed anche sanguinolenti; il polso è estremamente debole, qualche volta affatto insensibile; un sudor glaciale inonda tutto il corpo; le unghie sono livide, alcuni ammalati si lagnano di pesantezza e di formicolii agli estremi; altri sono paralizzati e convulsi. In fine la morte à luogo dopo brevissimo tempo, cioè dopo un ora ed anche alcuni minuti.

In riassunto si vede che l'acido ossalico *allungato dall'acqua*, è assorbito, e porta la sua influenza deleterea sulla midolla spinale, e secondariamente sul cuore. Gli individui periscono ora asfittici, ora in uno stato di sincope. Quantunque l'acido ossalico sia manifestamente assorbito, però l'analisi chimica non à potuto ancora farlo scovrire in alcuno de' liquidi degli organi o della economia.

La cura è la stessa di quella impiegata per gli altri acidi (vedi più sopra).

Avvelenamento coll'acido arsenioso

Lesioni cadaveriche. — Etmullero, Chaussier, Marc, Missa, il Signor Orfila, ec. parlano di certi individui i quali, essendo periti per avvelenamento coll'acido arsenioso, non anno presentato all'autopsia alcuna traccia d'infiammazione o di cancrena per parte degli organi digestivi; altre volte la infiammazione era estremamente leggiera. I casi di cui parlo sono assai rari; quasi sempre gli avvelenati dall'acido arsenioso anno la faccia interna dello stomaco rossa, ecchimosata, ulcerata; più frequentemente ancora vi si osservano le escare grigiastre e dure. Queste alterazioni possono essere anche nello intestino e più di rado nella porzione sotto diaframmatica degli organi digestivi. In

fine negl' intestini esistono qualche volta le false membrane e quindi granelli biancastri siccome incastrati nella mucosa, e che sembrano altra cosa non essere che grasso combinato coll' albumina. Osserviamo però che questi prodotti non sono affatto speciali negli avvelenati dello arsenico.

I polmoni ed il cuore sono ordinariamente zeppi di sangue. In generale questo è nero, liquido, vischioso: esso contiene l'acido arsenioso. Il veleno si trova anche in natura ne' principali organi, specialmente ne' segretori e che sono molto vascolari, siccome lo hanno dimostrato, pochi anni or sono, le belle esperienze del Signor Orfila. L'acido arsenioso è dunque assorbito; la miscela di questo veleno col sangue a spesso per risultato l'impedimento del coagulo di questo liquido.

Sintomi, corso. — Gl' individui i quali trangugiano l'acido arsenioso non provano affatto sapore disgustoso, qualche volta leggermente zuccherato o stitico. Quando però il veleno rimane per lungo tempo in contatto collo interno della bocca e della gola, lo individuo prova in queste parti un calore ardente; tosto lo epigastrio è la sede di dolori laceranti; avvi sete intensissima, nausea, vomiti acri, scottanti, sanguinolenti, coliche con meteorismo o contrazione del ventre, poi scarichi neri, fetidi, sanguinolenti. A questi sintomi locali succedono i sintomi generali che risultano dal disturbo simpatico, ed anche più dalla influenza che il veleno assorbito esercita su visceri importanti.

Quindi il polso, dapprima sviluppato sotto la influenza della flemmasia gastro intestinale, addiviene tosto ineguale, intermittente, ed insensibile: i battiti del cuore sono piccoli, tumultuosi; gli ammalati provano palpitazioni, sincopi, uno stato di oppressione de' più penosi; soffrono un continuo sputacchiare di saliva densa di muco sanguinolento. la faccia è iniettata, livida; gli occhi sono incavati, circondati di nero; la pelle fredda, è coverta di ecchimosi e di un sudor vischioso; le urine in generale sono scarse, ma non intieramente sopresse; il che è pruovato dalle esperienze praticate pochi anni or sono a Alfort dal Signor Delafond, ed esposte in un lavoro pubblicato da questo professore nell' XI. Volume delle *Mémoires de l'Académie de médecine*. Il Signor Orfila, in oltre à stabilito che nel primo periodo della malattia il liquido urinario contiene l'acido arsenioso. Gli ammalati sono agitati; la maggior parte accusano cefalalgia. Alcuni hanno convulsioni parziali o generali; altri sono paralizzati di uno o molti membri; in fine alcuni anno il delirio, il coma, mentre altri conservano sino all' ultimo respiro l' integrità delle loro facoltà intellettuali. Questo stato dura uno; due o tre giorni, poi la morte à luogo in mezzo alle convulsioni spaventevoli, o pure in uno stato sincopale: questo accidente è qualche volta il sintomo predominante. In fatti quando

la quantità del veleno ingoiato è molta, gli ammalati sono siccome colpiti dal fulmine; la loro figura ed il loro corpo, raffreddati e cianotici, somigliano a quelli de' colerici; la dispnea è estrema, e la morte à luogo poche ore dopo l'accidente in uno stato di abbattimento e di sincope.

Esiti.—Alcuni, in piccol numero, guariscono. Il calore ritorna allora, il polso si eleva, tutti gli accidenti si calmano; però la guarigione completa non à luogo che alla fine di un tempo lunghissimo. Alcuni individui conservano pure, per mesi intieri ed anche per anni, le rigidzze, paralisi parziali o un tremore. ec.

Da ciò che precede, si vede che l'acido arsenioso è uno de' veleni più energici del regno minerale: 6 milligrammi presi da un adulto bastano per produrre alcuni accidenti; da 1 a 3 centigrammi si manifestano i sintomi di avvelenamento e ad alla dose di 5 a 10 centigramme può occasionare la morte. L'acido arsenioso uccide per l'azione caustica che esercita sugli organi digestivi, ed anche più per la influenza speciale che à sul cuore e sul sistema nervoso.

Cura.—I solfuri alcalini, il carbone e l'acqua di calce, considerati come antidoti dell'acido arsenioso, non meritano alcuna confidenza; non è così del sesqui-ossido di ferro idrato, il quale gode della proprietà di decomporre la preparazione arsenicale, formando con essa un arsenite di ferro il quale non è affatto velenoso. I signori Nonat, Deville e Sandras hanno consigliato di preferire il sesqui-ossido di ferro idrato secco; essi propongono di darne 16 gramme in 5 centigramme di acido arsenioso che si vorrebbe neutralizzare. In fatti bisogna che la preparazione, ferruginosa sia sempre eccessiva, per timore che gli acidi dello stomaco, decomponendo l'arsenite di ferro recentemente formato, non lascino l'acido arsenioso libero, ciò che produrrebbe novelli accidenti di avvelenamento. Se non si avesse l'idrato di perossido di ferro, si potrebbe ricorrere, siccome lo à consigliato il Signor Bouchardat, al croco di marte aperitivo il quale riesce benissimo; ma ad una dose sei volte maggiore di quella dell'idrato di ferro. In questi ultimi tempi il Signor Bussy à proposto come antidoto dell'acido arsenioso, la magnesia, che forma colla sostanza tossica una combinazione insolubile (1).

In riassunto, quando si è chiamato da un individuo il quale à trangugiato l'acido arsenioso, bisogna provocare il vomito solleticando l'ugola, e dare a molte riprese, ed a brevi intervalli 4 o 6 gramme di sesqui-ossido di ferro idrato secco o la

(1) Bisogna evitare l'uso della magnesia troppo calcinata, perchè il suo effetto è quasi negativo; si deve preferire la magnesia idrata.

magnesia, o come lo vuole il Signor Bouchardat, si daranno simultaneamente i due contraveleni in molta quantità. Essendo chiamato molte ore dopo che il veleno è stato ingoiato e quando questo già è arrivato nello intestino, si dovrà anche amministrare l'antidoto, e dare alcuni cucchiaini di olio di ricino ed i clisteri lassativi per attivare l'uscita dello agente tossico.

Quando in seguito delle evacuazioni numerose che hanno luogo, e pel tempo scorso dopo l'accidente, si giudica che non esiste più veleno nelle vie digestive, bisogna studiarsi di combattere i sintomi predominati: quindi, se avvi reazione viva, quando il polso è ampio e duro, non bisogna perder tempo a far cavar sangue; se poi gli ammalati cadono nel collasso, bisogna rianimarli colle frizioni eccitanti, co' sinapismi, i vescicanti, e coll'amministrazione interna de' cordiali e de' tonici, salvo a dover far ritorno più tardi agli antiflogistici se la reazione addiviene troppo intensa. Le esperienze del Signor Orfila avendo dimostrato che il rene era il principale emuntorio per lo quale scappa via l'acido arsenioso assorbito, bisognerà provocare di espellerlo anche per questa via amministrando le bevande diuretiche.

Ciò che abbiamo detto dell'acido arsenioso si applica pure alle altre preparazioni di arsenico, come i solfuri, l'acido arsenico, gli arseniti di potassa, di soda, di rame, la tintura di Fowler, ec.

AVVELENAMENTO COGLI ACIDI E LORO COMPOSTI

Lesioni cadaveriche.—La potassa, la soda, la calce, la barite l'ammoniaca, ed il cloridrato di ammoniaca, il fegato di zolfo (quintisolfuro di potassio) l'azotato di potassa ad alta dose, e l'allume, infiammano, ammoliscono, corrodono, ulcerano e perforano le pareti dello stomaco. La potassa è uno dei veleni che producono il più delle volte quest'ultima alterazione. Molte di queste sostanze, specialmente la potassa, la soda, l'acqua di Javelle (cloruro di potassa e di soda), l'ammoniaca ed il suo sesquicarbonato, come anche il fegato di solfo, sono assorbiti e se ne può dimostrare la esistenza ne' diversi organi.

Sintomi.—Nell'avvelenamento dagli alcali, gli ammalati accusano un sapor urinoso, caustico, ed un calore acre nella bocca; essi hanno dolori vivi, atroci nel ventre, vomitano materie sanguinolenti che formano il colore bleu della carta di tornasole, e non formano effervescenza sul vetro. Nello stesso tempo la faccia è profondamente alterata, la pelle è fredda, il polso esile; in fine la morte a luogo spessissimo in mezzo alle convulsioni.

I sintomi si modificano secondo la specie dell'alcali ingoiato; quindi la barite ed i suoi composti, indipendentemente dagli accidenti locali sopradetti, producono la sospensione momentanea della respirazione; essi determinano le paralisi parziali ed uno stato d'immobilità e d'insensibilità, preludi di morte. Se sarà il fegato di solfo, l'ammalato esala dalla bocca vapori di uova fraside, perchè questo veleno essendo decomposto dagli acidi contenuti nello stomaco, si sviluppa allora il gas acido idrosolforico (idrogeno solforato), mentre il gas acido del zolfo si deposita sulla membrana mucosa. In alcuni casi, la quantità di acido idrosolforico prodotto, è tale, che la morte è quasi immediata; il più delle volte però questa à luogo dopo ventiquattro o trentasei ore. In fine l'azotato di potassa à un'azione stupefaciente sul sistema nervoso, indipendentemente dall'azione caustica che può esercitare sugli organi digestivi...

Cura.—Nello avvelenamento della potassa, della soda, della calce, dell'ammoniaca e del suo sesquicarbonato, bisogna, secondo il consiglio del Signor Orfila; amministrare l'aceto allungato da due terzi a tre quarti di acqua. Per l'acqua di Javelle si favoriscono i vomiti mediante le bevande mucilaginose ed albuminose, e si calma in seguito la infiammazione gastro-intestinale co' mezzi usati in simil caso.

La barite ed i suoi composti sono neutralizzati co' solfati solubili (solfati di soda, di magnesia, per esempio).

Nello avvelenamento pel fegato di solfo, si amministrerà una grande quantità di acqua tiepida. Il Signor Devergie vuole che si prescriva un cucchiaino di cloro liquido. Torna inutil cosa dire che non bisogna mai dare alcun acido, per non dar luogo allo sviluppo dell'acido idrosolforico.

Non possediamo alcuno antidoto contro l'idroclorato di ammoniaca, l'allume e l'ossalato di potassa. Qui bisogna limitarsi e far vomitare gli ammalati: poi si combatteranno i sintomi infiammatori mediante gli antilogistici, e lo eretismo nervoso co' gli oppiati.

AVVELENAMENTO COLLE PREPARAZIONI

ANTIMONIALI

Tra le preparazioni antimoniali che possono produrre l'avvelenamento, citeremo specialmente l'emetico, il butiro di antimonio, il solfo dorato, ec. In questo luogo tratteremo specialmente dello emetico, poichè è quasi il solo che osservasi nella pratica.

Lesioni cadaveriche.—Lo emetico infiamma la membrana mucosa gastro intestinale; stabilisce lo arrossimento, le ecchi-

mosi, una eruzione pedunculata, seguita qualche volta da ulcerazioni e da cangrena parziale. Sembra ancora che i polmoni siano più o meno alterati: il più delle volte sono solamente ingorgati o pure epatizzati o splenizzati in una parte della loro estensione (Magendie ed Orfila). Quindi lo emetico agisce e come irritante sulla superficie di contatto, ed esercita un'azione sui polmoni, consecutivamente al suo assorbimento.

Sintomi, corso.—Nello avvelenamento prodotto dallo emetico, gli ammalati provano un gusto metallico, austero, cardialgia, vomiti, coliche, meteorismo, scarichi copiosi. Il polso è piccolo, concentrato; la faccia alterata, la pelle fredda. Tosto la respirazione è difficile, ansante; vi sono vertigini, crampi, convulsioni, sincope, e finalmente la morte.

La dose alla quale lo emetico determina gli accidenti tossici varia specialmente, secondo che l'individuo è robusto o pure affetto da qualche flemmasia grave: quindi è che 25 o 30 centigramme di emetico potrebbero cagionare i disturbi più gravi ne' primi, mentre che ne' secondi il medicamento sarà il più delle volte perfettamente tollerato, anche quando la dose sarebbe tre, quattro, cinque volte più considerabile. È questo un fatto terapeutico importantissimo, la cui scoperta è dovuta a Rasori, ed à servito a questo medico per fondare la sua teoria del controstimolo. Si è però veduto nella clinica di Rasori ed altrove, individui perire rapidamente, perchè il rimedio controstimolante era stato avanzato a dosi troppo considerabili. Cosa degna di attenzione! nella maggior parte de' casi non vi furono nè vomiti nè scarichi ventrali; ma gli ammalati presentarono ad un tratto una piccolezza estrema del polso ed il raffreddamento del corpo; essi erano pallidi, immobili; la faccia era alterata, ippocratica; provavano deliqui, e perivano in uno stato di collasso. Nello sparo de' cadaveri, non si trovava nè nello stomaco nè ne' polmoni, alcuna di quelle lesioni che abbiamo veduto produrre dallo emetico quando è trangugiato da un individuo colpito da diatesi infiammatoria. La scuola italiana dice che allora il tarlato stibiato à agito ipostenizzando, o producendo lo abbattimento delle forze vitali.

L'emetico, applicato sopra una superficie denudata, può essere assorbito, e produrre tutti gli accidenti dello avvelenamento.

Cura.—Quando l'individuo avvelenato dallo emetico non vomita, bisogna provocare i vomiti solleticando l'ugola, e sollecitando l'amministrazione di una forte decozione di noce di galla o di china-china gialla alla temperatura di 30 a 40. In mancanza di queste sostanze, si darà la infusione di thè, le decozioni de' legni, delle radici e delle scorze astringenti (quercia, bistorta, costagno ec.); perchè il tannio che esse contengono à la proprietà di formare collo emetico un composto insolubile.

Se esistono vomiti abbondanti e scarichi ventrali continui che abbattano gli ammalati, si cercherà di calmarli amministrando alcune bevande acidole, le acqua gassose, e specialmente l'oppio, per la bocca e per clisteri; poi si calmerà la infiammazione causata dallo emetico.

Quando il tartaro stibato amministrato ad alta dose per combattere certe flemmasie determina lo stato di collasso, antecedentemente indicato, si amministrerà internamente il vino, l'alcool l'etere; si praticheranno le frizioni eccitanti, per risvegliare la innervazione. I medici italiani raccomandano pure l'oppio: però questo medicamento non ci sembra indicato se non quando esistono nello stesso tempo gli scarichi ed i vomiti abundantissimi, e che si vorrebbero calmare prontamente, per non aggravare la debolezza.

Il Signor Caventou à provato che la noce di galla o qualunque altro astringente vegetabile era il solo antidoto dello avvelenamento prodotto dalla *emetina*.

AVVELENAMENTO COLLE PREPARAZIONI

DI ORO, DI ARGENTO, DI STAGNO, DI BISMUTO E DI ZINCO

L'idroclorato di oro, il nitrato di argento, l'idroclorato di stagno, il nitrato acido ed il sottonitrato di bismuto, il solfato di zinco, preparazioni che tutte sono impiegate in medicina, possono dar luogo agli avvelenamenti. Queste diverse sostanze infiammano, alcune corrodono, forano i tessuti dello stomaco: tale è in particolare il nitrato di argento. Questi veleni determinano tutti gli accidenti locali e simpatici de' veleni caustici. L'idroclorato di oro provoca, dippiù, un vivo eccitamento degli organi genitali e del cervello.

Il medico chiamato a curare individui avvelenati da una di queste preparazioni dovrà dapprima soddisfare alla prima indicazione, consistente ad espellere il veleno mediante il vomito. La sua cura posteriore sarà subordinata alla natura della sostanza tossica: quindi per lo nitrato di bismuto e del cloruro di argento, si limiterà a far prendere le bevande dolci ed a combattere la infiammazione. Per le altre preparazioni velenose però, l'arte possiede gli antidoti; quindi è che lo azotato di argento sarà decomposto nello stomaco dal cloruro di sodio (acqua salsa); però bisogna sollecitamente agire. Nello avvelenamento del protocloruro di stagno e del solfato di zinco, si deve amministrare il latte, il quale, dopo le ricerche del Signor Orfila, gode della proprietà di combinarsi con i sali, e di formare un composto insolubile appena velenoso.

AVVELENAMENTO COLLE PREPARAZIONI DI RAME

L'uso de' vasi di rame per le preparazioni di cucina spiega la frequenza degli avvelenamenti degli ossidi o de' sali di questo metallo. In fatti quasi sempre, lo avvelenamento è prodotto dagli ossidi e da' carbonati che si formano in contatto dell'aria su i vasi di rame mal propri e non stagnati, che si usano non pertanto per preparare gli alimenti. Altre volte lo avvelenamento à luogo perchè l'acetato o l'ossalito di rame formati nell'atto della cottura degli alimenti si sono mescolati ad essi. Vi sono anche differenti preparazioni, specialmente alcune confetture, ed i cocomeri che i mercanti colorano a verde con un composto di rame, o piuttosto la introduzione giornaliera nella economia di particelle di rame, siccome ciò à luogo ne' calderari, ne' limatori, ne' fondatori, in quelli che maneggiano il torno, ed altri artefici che abitualmente maneggiano questo metallo, danno luogo ad una specie di colica conosciuta sotto il nome di *colica di rame*: noi la consideriamo in questo luogo siccome il primo grado dello avvelenamento del metallo di cui è parola.

1.° *Colica di rame*. — Più di rado della colica di piombo, quella di rame è caratterizzata da dolori addominali esacerbati, i quali hanno sede specialmente in vicinanza dell'ombelico, che la pressione esacerba; il ventre è più o meno teso: avvi sete ed inappetenza, spesso nausea ed anche vomiti biliosi: costantemente esiste una diarrea più o meno abbondante, accompagnata qualche volta da tenesmo; gli scarichi ventrali sono gialli o di un verde porraceo o saburali. Il calore è elevato, il polso febbrile, avvi cefalalgia, ansietà, dolori lombari, l'ammalato è abbattuto e faticatissimo. In una parola si osservano tutti i segni di una flemmasia più o meno intensa degli organi digestivi, e specialmente dello intestino gracile. Questa malattia à un corso generalmente breve, perchè raramente oltrepassa sei o otto giorni. Va soggetta alle recidive frequenti se gl'individui si espongono di bel nuovo alle stesse esalazioni. La colica è d'altronde il solo accidente che osservasi negli artefici che maneggiano il rame.

Alcuni autori hanno preteso che alla colica di rame potevasi adottare la cura della colica di piombo; una simile condotta però per lo meno è antirazionale, e non à potuto essere consigliato che in conseguenza di qualche errore nella diagnosi. In fatti vi sono de' medici, cosa poco incredibile, i quali diagnosticano la natura di certe coliche meno per i sintomi che osservano che per la natura delle professioni che gli ammalati eser-

citano. Oggi poi è dimostrato che un gran numero di artefici, i quali siccome i fondatori, maneggiano abitualmente il rame, possono essere affetti dalla colica di piombo, essendo questo metallo legato al primo per impedirne la ossidazione. Questa osservazione, della quale siamo tenuti a Christison ed al Signor Chomel, spiega come gli artefici dediti al lavoro del rame, possono essere affetti dalla colica saturnina, allo svolgimento della quale il rame non prende parte alcuna, e guarisce co' mezzi opposti a quelli che abbiamo enumerati precedentemente (Vedi in seguito *Colica di piombo*).

2.^o *Avvelenamento propriamente detto.* — La maggior parte degli avvelenamenti colle preparazioni di rame dipendono dallo acetato o ossalato di rame, e dal carbonato o verde di grigio naturale. Queste sostanze infiammano il tubo digestivo, e possono anche corroderlo e perforarlo. Sono di più assorbite e portate in tutti gli organi della economia, ove l'analisi chimica le ha fatte conoscere.

Sintomi. — Nello avvelenamento del verde rame, gli ammalati accusano un sapore acre, stitico ed un senso di costrinimento alla gola: sono essi in contatto col rame, soffrono nausea, vomiti copiosi, stramenti dolorosi allo stomaco, coliche atroci, deiezioni alvine numerose, nerastre qualche volta sanguinolenti. Il ventre è teso; la sete viva, il polso piccolo, stretto, la pelle fredda; la respirazione difficile, ansante: finalmente gli ammalati sono abbattuti, deboli; soffrono i crampi nelle membra, e muoiono in poche ore in mezzo ad orribili tormenti. La morte è spesso preceduta da convulsioni e da sincope. Lo avvelenamento prodotto dagli alimenti preparati ne tegami mal stagnati incomincia tra le sei e le quindici ore dopo il pranzo, con una cefalalgia, mal' essere, debolezza e crampi nelle membra; a questi accidenti succedono tosto le nausee, i vomiti, gli scarichi diarroici, un polso piccolo e frequente. Gli ammalati che sono sollecitamente aiutati o che hanno trangugiato poco veleno guariscono, ma la loro convalescenza è spesso lunga, per le coliche, i dolori epigastrici e la diarrea, che perdurano molto tempo nella maggior parte di questi individui. In succinto, dagli spari cadaverici, ci è sembrato risultare, come pare dallo studio de' sintomi, che le preparazioni di rame uccidono infiammando gli organi digestivi, ed agendo sul sistema nervoso e sul cuore, consecutivamente al loro assorbimento.

Cura. — Nello avvelenamento dopo avere soddisfatto alla prima indicazione, consistente ad espellere mediante i vomiti la maggior parte del veleno, si amministrerà prontamente l'albumina, sostanza la quale, secondo il Signor Orfila, sarebbe quasi il solo antidoto che possediamo contro le preparazioni di rame. Questo dotto professore ha pure stabilito sperimentalmente che

i solfuri, l'infusione di noce di galla e lo zucchero impiegati lungo tempo come controveleni non possedevano alcuna efficacia. Il Signor Bouchardat à proposto, non à guari, come antidoto, il ferro ridotto dallo idrogeno. Egli vuole che si amministri nel mele o nell'acqua ad una dose almeno quattro volte maggiore della quantità del veleno ingoiato. Lo stesso chimico consiglia un misto di polvere di zinco e di ferro, e la limalura di zinco. Si è pur detto di ricorrere all'uso del persolfuro di ferro idrato. Tutti questi medicamenti meritano di essere sperimentati. Secondo il Signor Bouchardat, 70 gramme di polvere di ferro e di zinco possono arrestare l'azione velenosa di una gramma di acetato di rame.

Se il medico è chiamato troppo tardi, e se il veleno à già passato il piloro si darà l'acqua albuminosa, le bevande dolci, i clisteri emollienti; in fine si metteranno in pratica gli antiflogistici, e gli antispasmodici e gli oppiati, a seconda il predominio degli accidenti infiammatori o nervosi.

AVVELENAMENTO COLLE PREPARAZIONI DI PIOMBO

Le preparazioni di piombo prese ad alta dose, come per esempio, alcune gramme di acetato inghiottite nello stomaco, infiammano queste viscere; però non à mai luogo la cangrena nè il perforamento delle pareti.

I sintomi sono in rapporto con queste alterazioni, quindi gli ammalati accusano un sapore stitico e zuccherino nella bocca, e nella gola ed un vivo dolore epigastrico; àno singhiozzi, nausea, vomiti, coliche atroci, ora con diarrea, altre volte con costipazione; la faccia è alterata; gli occhi incavati, circondati di nero; le labbra sono livide, il polso è piccolo estremamente. La morte può aver luogo in mezzo al delirio, le convulsioni e la sincope.

La cura consisterebbe, dopo aver procurato i vomiti, nell'amministrazione del solfato di soda o di magnesia, che trasforma l'acetato di piombo in solfato di piombo insolubile. Lo stesso si praticerebbe negli altri avvelenamenti prodotti da una preparazione saturnina solubile. Hanno pur consigliato, come antidoto, il persolfuro di ferro idrato umido. Quest'ultima indicazione soddisfatta, non rimarrebbe che a combattere cogli antiflogistici i sintomi della consecutiva infiammazione.

Questo genere di avvelenamento è molto raro; in fatti se ne trovano pochi casi negli annali della scienza. Il piombo poi è, tra tutti i metalli, quello che produce il più delle volte gli accidenti tossici. Questi risultano specialmente, non da una infiammazione di qualche organo, ma da un'azione speciale esercitata dal metallo sulla nutrizione, e consecutivamente sulle di-

verse parti del sistema nervoso. In fatti sono i dolori nevralgici nel ventre e nelle membra, o pure il delirio, il coma, spesso le convulsioni o le paralisi più o meno estese. Prima però di studiare questi accidenti e la loro natura, dobbiamo cercare le circostanze che più ordinariamente li sviluppano.

Questi diversi modi di avvelenamento possono osservarsi in tutti gl'individui che abitualmente o accidentalmente trovansi in contatto colle preparazioni saturnine. Si osservano in ispezietà negli operai delle fabbriche di cerussa e di minio, ne' pittori de' fabbricati, in quelli che impastano e macinano i colori, in quelli che fondano i caratteri ed i vasi di terra; si osservano pure, ma meno frequentemente, negli affinatori, stampatori, fabbricanti di carte di Alemagna e di carte lucide, ne' stagnatori, e vetrari, faenzari, lapidari, fondatori in rame, ec. Tutti questi operai in fatti maneggiano un maggior numero di preparazioni saturnine. Le donne sono soggette agli stessi accidenti, ma, vi sembrano meno predisposte degli uomini. La età adulta, gli errori dietetici, il sordicume, sono circostanze che favoriscono l'azione tossica del piombo.

Le preparazioni saturnine, s'introducono nella economia per due vie principali, cioè: lo assorbimento polmonale e gastro-intestinale. Quindi gl'individui che sono colpiti dalla colica saturnina per aver dormito nelle stanze di fresco dipinte, i pittori che soffrono gli stessi accidenti ogni qualvolta dipingono coll'essenza, specialmente quando son rinchiusi in appartamenti riscaldati, finalmente quelli addetti alle fabbriche di cerussa e di minio i quali respirano costantemente un'atmosfera di polvere saturnina, debbono introdurre del veleno nella mucosa respiratoria, la quale, come ognun sa, è dotata di una forza molto assorbente. Il Signor Tanquerel-Desplanches d'altronde à praticate alcune esperienze sugli animali, le quali provano che il contatto delle preparazioni saturnine sulla mucosa delle vie respiratorie *solamente* basta per produrre gli accidenti di avvelenamento.

Lo assorbimento per le vie digestive è provato da' casi numerosi di avvelenamenti saturnini prodotti dall'uso di un'acqua che à soggiornato ne' vasi di piombo al contatto dell'aria; più spesso ancora per l'uso del vino o del sidro sottilizzato col liturgio, o dopo l'uso de' confetti colorati col cromatico di piombo, o pure dopo l'amministrazione interna di un preparato di piombo, specialmente del sotto acetato nello stato solido o liquido. Alcuni fatti sembrano provare ancora che le preparazioni saturnine date a titolo di medicamenti àno potuto essere assorbite dalle mucose oculo-palpebrale e vaginale; non esiste però alcuna osservazione autentica la quale dimostri la possibilità dello assorbimento dalla superficie della pelle, purchè però que-

sta non sia denudata ; ma in questo caso lo assorbimento è anche poco attivo , almeno produce di rado i sintomi di avvelenamento.

Le preparazioni saturnine sono assorbite ; le ricerche dei chimici hanno sanzionato questo fatto. Quindi Tiedemann e Gmelin, dopo avere amministrato l'acetato di piombo agli animali , hanno trovato questo sale nelle vene mesenteriche e spleniche ; i signori Orfila , Lassaigne e Ausset d'Alfort lo hanno ritrovato , non solo nel sangue , ma pure nell'urina , e ne' principali organi , come il fegato , la milza ed i reni. Questi dotti chimici , ed il Signor Orfila particolarmente , avendo estratto il piombo con i processi che non presentano il metallo il quale è naturalmente contenuto nel corpo dell'uomo , ne siegue che i loro risultati sono più importanti di quelli ottenuti antecedentemente da' signori Devergie e Guibourt , poichè s'ignora se questi ultimi abbiano semplicemente separato il piombo contenuto nel corpo , o quello che è stato accidentalmente introdotto.

Qualunque sia la via per la quale il piombo penetra nella economia , questo veleno agisce qualche volta in un modo rapido ; tali sono , per esempio , que' casi di colica che han luogo dopo un breve soggiorno in un appartamento novellamente dipinto , o dopo l'introduzione nello stomaco di una certa quantità di vino sottilizzato col liturgirio , ec. Il più delle volte però il piombo spiega una lenta azione : ordinariamente dopo molti mesi o dopo molti anni soltanto di una continua esposizione a queste esalazioni gl'individui cadono ammalati. Nella maggior parte di essi però , si osservano lungo tempo prima certi fenomeni i quali indicano che il piombo agisce a poco a poco nell'organismo : e ciò , propriamente parlando , costituisce i prodromi delle malattie saturnine che descriveremo tra poco. Quindi è trovato nella mia *Thèse inaugurale* (1835) che gli operai i quali lavorano in una fabbrica di cerussa o di minio non tardano ad impallidire e a dimagrire ; le loro carni addiventano flosce ; la pelle , quella della faccia specialmente , prende una tinta ed un giallo pallido il quale è caratteristico ; e non à alcun rapporto col colore giallo della itterizia , tutti i tessuti si scolorano ; il sangue è più pallido ed esiste in minor quantità ne' vasi (Laënnec). Il Signor Andral à dimostrato che in questo liquido precipitava una minor quantità di globuli che nell'anemia spontanea , mentre che , come lo si vede per questa , la fibrina e gli altri elementi solidi conservano la loro quantità normale ; le forze diminuiscono proporzionalmente : in una parola esiste un vero stato di cachessia. Molti di quest'individui provano un sapor zuccherino o stitico ; la loro bocca esala un odor fetido particolare , simile a quello degl'individui colpiti da imbarazzo gastrico. In generale , le gengive rimangono valide : pe-

rò, in alcuni, gemono sangue, ed avvi alcun poco di ptialismo; più spesso si osserva un poco di assottigliamento, di diminuzione soltanto, e qualche volta una vera distruzione su i loro bordi liberi. In fine, quasi tutti gli operai che maneggiano il piombo, specialmente quelli che vivono in mezzo ad una polvere saturnina, offrono un colorito azzurrugnolo delle gengive, circoscritto il più delle volte a 2 o 3 millimetri de' loro bordi liberi, invadendo qualche volta tutta la estensione di queste ripieghe, guadagnando anche i denti e la mucosa delle labbra e delle guance. Questo colorito dipende da un solfuro di piombo, che si forma quando il metallo, volatilizzato, si depone sulle gengive e su i denti, e vi si combina coll'idrogeno-solfurato il quale si sviluppa in tutta la estensione delle vie digestive. Questo colorito non deve dunque considerarsi, siccome lo à fatto il Signor Tanquerel-Desplanches, siccome un fenomeno di avvelenamento o come quello che indica la presenza del piombo nella economia: però questo è un fenomeno chimico il quale non può rilevare alcuno stato particolare dell'organismo; esso indica solamente che gl'individui sono stati in contatto colle preparazioni di piombo. Questo schiarimento d'altronde è prezioso; esso c'illumina, in fatti, molte volte sulla vera natura di certi accidenti nervosi che osserviamo. Tutte le parti esterne del corpo possono in oltre offrire lo stesso colorito nero e blò, quando sono messe in contatto col solfo; quindi è che basta amministrare un bagno solforoso agli operai che lavorano il piombo per vedere tosto aver luogo, specialmente sulle parti abitualmente scoperte, ed in spezieltà le unghie, un solfuro di piombo.

Gli accidenti di avvelenamento che abbiamo enumerati non si manifestano se non che in quelli i quali sono sempre in contatto con una grande quantità di molecole saturnine; tali sono gli operai delle fabbriche di cerussa e di minio, che abbiamo veduto impallidire e dimagrire dopo cena, dietro due, ed anche tre settimane di soggiorno nelle fabbriche di meccanica. Questi fenomeni sono incomparabilmente meno comuni ne' pittori, e non si osservano quasi mai, ne' fabbricanti di carte dipinte, e generalmente in tutti coloro i quali non possono assorbire che una piccola quantità di molecole saturnine.

Gl'individui i quali presentano i fenomeni di avvelenamento possono ancora attendere alle loro occupazioni per più settimane, per mesi ed anche per anni interi; poi ad un tratto sono colpiti da alcune delle malattie saturnine, che descriveremo successivamente sotto i nomi di *di coliche*, *di dolori delle membra*, *di paralisi*, *di accidenti cerebrali*, malattie la cui frequenza relativa potrebbe esprimersi, secondo il Signor Tanquerel, colle cifre 12, 8, 2, 1. Queste malattie si manifestano quasi sempre in quelli che sono ancora esposti alla causa tossica; qualche volta

si veggono manifestarsi molte settimane ed anche uno o molti anni dopo che gli ammalati hanno lasciato di essere esposti alle emanazioni saturnine.

DELLA COLICA DI PIOMBO

Sinonimia.—Colica saturnina,—metallica,—de' lavoratori di piombo, de' pittori,—de' pentolai,—de' manipulatori,—rachialgia, ec.

Definiremo la colica di piombo, una malattia apiretica, caratterizzata da dolori addominali vivi, esacerbanti, i quali si calmano il più delle volte colla pressione, accompagnati da nausea, da vomiti verdastri, da una costipazione ostinata, spesso da crampi nelle membra ed altre sensazioni dolorose nelle diverse parti del corpo.

Storia.—Poco conosciuta dai medici greci, romani ed arabi, la colica di piombo è stata completamente descritta soltanto a partir dal XVII. secolo, verso la metà del quale comparve l'opera di Stockhusen (1), però nei due seguenti secoli la malattia è stata l'oggetto di molte ricerche più esatte: citeremo specialmente i lavori di De Haën (2), di Ilsemann (3) di Stoll (4), di Bonté (5), di Gardane (6) e tra i moderni quelli de' signori Mérat (7) Chomel (8) Andral (9) e Tanquerel (10). In fine nel 1835, l'autore di questo libro, pubblicò nella sua tesi una istoria della colica di piombo, dietro un gran numero di fatti raccolti durante il suo esercizio interno all'ospedale di Beaujon.

Anatomia patologica.—Nella maggior parte di coloro che periscono dietro la colica di piombo non si rinviene alcuna distinta alterazione negli organi digestivi. Quindi su 40 autopsie analizzate del Signor Tanquerel, si è veduto che 20 volte non esisteva alcuna lesione, che fosse in rapporto con i sintomi osservati durante la vita; in 5 casi esistevano alcuni ammollementi parziali; in 6 alcun poco di appassimento della mucosa, e 10 volte uno sviluppo de' follicoli; in queste lesioni però non avvi nulla che sia speciale alla colica, e non si osservi nel corso

(1) *De lithargyrii fumo noxio morbifico, ec. in 12, 1656*

(2) *Ratio medendi, t. 11.*

(3) *De colica saturnina, Goettingue, 1752.*

(4) *Médecine pratique t. 11.*

(5) *Ancien journal de médecine, t. XV, XX.*

(6) *Idem, t. XLI.*

(7) *Traité de la colique métallique, Paris, 1812.*

(8) *Dictionnaire de médecine, 2. édition, Article. colique métallique.*

(9) *Clinique médicale, t. IV.*

(10) *Maladies de plomb, t. 1.*

di molte altre malattie acute o croniche. La sola lesione che sembra dipendere più dalla colica, e che si è osservata nel terzo de' casi, consiste in un restringimento del tubo digestivo. Gli altri visceri sono sani, purchè non vi siano complicanze.

Sintomi.—La colica di piombo può svilupparsi in modo brusco; il più delle volte però presenta de' prodromi che sono tutti i fenomeni di avvelenamento precedentemente descritti, ed ai quali si uniscono tosto i dolori nelle membra, l'inappetenza, il mal essere e la difficoltà di evacuare il ventre; gli scarichi ventrali sono rari, le materie escrete sono nere. Manifestata la malattia, gl'individui provano un dolore più o meno vivo che ha sede all'ombelico, meno spesso allo epigastrio o all'ipogastrio; questo dolore occupa qualche volta molte regioni; si propaga anche verso i lombi e le parti genitali, ecc. Ora è ottuso, contusivo, più spesso acuto e lacerante. È continuo, ma soggetto alle irregolari esacerbazioni durante le quali gli ammalati si trovano nella maggiore ansietà, i loro occhi s'incavano, la fisiognomia s'increspa; mandano gridi, si dimenano nel letto e prendono le più bizzarre posizioni per trovar sollievo. Molti si coricano sul ventre, perchè la pressione dolcemente esercitata a gradi sull'addome, colla palma della mano, calma i dolori in due terzi e più de' casi; altre volte non solleva affatto se non che in un decimo degl'individui circa. Nel terzo di questi ammalati il ventre è più o meno contratto; in altri conserva la sua forma ordinaria. La contrazione si osserva specialmente nelle coliche violente. Questo fenomeno ci sembra dipendere da una contrazione spasmodica de' muscoli addominali i quali si attaccano per istinto su i visceri per attenuarne le sofferenze. Quasi tutti gl'individui colpiti da colica saturnina sono costipati, e questa costipazione è ordinariamente ostinata. Più di tre quarti degli ammalati soffrono nausea; queste il più delle volte sono seguite da vomiti, ora acquosi, quasi sempre biliosi, amari e di un verde porraceo; alcuni sono tormentati contemporaneamente da eruttazioni e da singhiozzi. In quest'individui, la lingua è netta o biancastra, la sete è variabile, l'appetito completamente abolito; l'alito tramanda ordinariamente un odor saburale. La segrezione urinaria è quasi sempre diminuita ed in alcuni ammalati l'uscita dell'urina è dolorosissima ed accompagnata da tenesmo. Il più delle volte esistono dolori in diverse parti del corpo, come la cefalalgia (in un quarto); stiramenti, dolori contusivi verso i cordoni de' testicoli (in un quarto); crampi, un senso di gravezza o di dolori lancinanti e laceranti ne' muscoli lombari (in un terzo); in fine alcuni (un settimo) provano un senso di costrizione penosa verso il torace. In mezzo a questi patemi si vivi la pelle conserva la sua temperatura ed il polso la sua frequenza; spesso è anche più lento del solito. Gli ammalati sono stanchi, le loro forze sono spente, e sono privi di sonno.

La colica può complicarsi ad altre malattie saturnine, specialmente a diversi accidenti cerebrali ed alle differenti forme di paralisi di cui parleremo in prosieguo. Essa può anche accompagnarsi a qualunque altra malattia sopravvenuta indipendentemente dall'azione del piombo; la cosa però è rara, eccettuato non pertanto la itterizia la quale si manifesta, in un ottavo circa de' casi.

Corso, durata esiti. — La colica saturnina è un corso irregolare; quando è abbandonata a se stessa, può durare indeterminatamente. Curata metodicamente, la miglioria à luogo quasi sempre con sollecitudine, e le funzioni digestive si ristabiliscono rapidamente. Però è cosa frequente vedere, dopo una completa guarigione, gli ammalati colpiti di bel nuovo dagli stessi accidenti. Alcuni, dopo uno o molti di questi attacchi, rimangono paralizzati. La colica non termina quasi mai colla morte quando è semplice; di tempo in tempo però si veggono ammalati perire in seguito delle complicazioni cerebrali che saremo per studiare.

Diagnosi. — Nessuno de' sintomi considerato particolarmente è patognomonico della colica di piombo; il loro insieme però dimostra abbastanza questa malattia e permette di distinguerla da tutte le altre malattie conosciute. Quindi non somiglia affatto alla colica di rame, nella quale si osserva la febbre; la diarrea, il tenesmo, i dolori di ventre, un meteorismo che aumenta sotto la pressione. Le nevrosi dolorose degli organi digestivi potrebbero far confondere la colica saturnina; però vedremo tra poco esser cosa facile di poterla distinguere. Può anche facilmente distinguersi la colica di piombo dall'ileo, dall'ernia incarcerata, dalla peritonite, da una metrite e dagli accessi di colica epatica o nefritica, ec. Molto si è discusso da un secolo per sapere se si dovevano riportare alle coliche di piombo diverse malattie addominali che sono state osservate in molte contrade in modo endemico o epidemico; tali sono le coliche vegetabili di Poitou, di Normandie, del Devonshire e di Madrid. Unendo però le principali relazioni che ci sono state lasciate dagli autori, si vede che i medici anno spesso descritto sotto lo stesso nome malattie distintissime ed affatto dissimili tra loro. Quindi si conoscono spesso nella loro descrizione le enteriti, le coliti, le dissenterie; altre volte sono manifestamente i sintomi della colica saturnina sopravvenuta probabilmente in seguito del raffinamento del sidro e del vino. La vigilanza dell'autorità rendendo queste frodi molto più rare a' giorni nostri, si spiega la quasi scomparsa delle coliche vegetabili sì comuni nell'ultimo secolo. Però se la colica vegetabile è rara appo noi, sembra incrudelire abbastanza in certi paesi. Nelle Indie e nella China, per esempio, si manifesta quasi sempre in seguito delle

vicissitudini atmosferiche; somiglia talmente alla colica di piombo per i suoi sintomi, pel suo corso, per le conseguenze e le sue complicazioni (delirio, convulsioni, paralisi), da tornare impossibile poter tracciare alcun limite.

Pronostico. — La colica salurnina è malattia grave, poichè si complica qualche volta ad accidenti cerebrali, e spesso è seguita da paralisi.

Cura. — Si sono raccomandati contra la colica di piombo molti medicamenti de' quali la esperienza ha dimostrato la inutilità ed anche i pericoli; tali sono gli antilogistici, il tabacco, la noce vomica, le acque solfuree, l'allume, la limonea minerale ed i rivellenti. Oggi esistono soltanto due ordini di rimedi i quali godono realmente di qualche efficacia; son dessi i narcotici e gli evacuanti. Si amministrano soli; il più delle volte si combinano; conosciamo che uniti a sudoriferi formano la base della cura detta *de la Charité* (1) Essa si compone di moltissime formole complicatissime, ma di una grande efficacia. Ecco oggi il modo più conducente e nello stesso tempo più comodo per curare la colica di piombo.

(1) La cura detta *de la Charité* ha subito molte modifiche dal 1607 epoca in cui cominciò ad essere impiegata da' religiosi che vigilavano questo spedale. Ecco presso a poco quale è a' giorni nostri.

1. Giorno. — *Acqua di cassia con i granelli* (decozione di 64 gramme di tamarindo in 1000 gramme di acqua: aggiungete: emetico, 15 centigramme. Per bevanda, *tisana sudorifera semplice* (decozione di guaiaco). Il mattino; un *clistere purgativo* (infusione di siena, 8 gramme in 500 di acqua: solfato di soda, 76 gramme: elettuario diafenico, 32 gramme). scialappa polverizzata, 1 gramma 3 decigramme). La sera, *clistere anodino* (olio di noce, 125 gramme: vino rosso, 314 gramme); *bolo calmante* (teriaca, 4 gramme; oppio, 5 centigramme).

2. Giorno. — *acqua benedetta* (acqua, 500 gramme; emetico, 25 centigramme; (*tisana sudorifera semplice*; *clistere purgativo* pel mattino. La sera: *clistere anodino*, *teriaca ed oppio*, come sopra.

3. Giorno. — *Tisana sudorifera lassativa*, 2 bicchieri (infusione di siena e decozione di guaiaco, parti eguali; 1000 gramme); *tisana sudorifera semplice*; *clistere purgativo*, *clistere anodino*; *bolo calmante*, *ut supra*.

4. Giorno. — *Pozione purgativa de' pittori*, il mattino (siena, 8 gramme, infusa in 250 gramme di acqua; elettuario diafenico e sciroppo di prugne, 32 gramme di ciascuno: scialappa in polvere, 1 gramma 3 decigramme); *tisana sudorifera semplice*: la sera, *bolo di teriaca ed oppio*.

5. Giorno. — *Tisana sudorifera lassativa*, 2 bicchieri; *tisana sudorifera semplice*; *clistere purgativo*: la sera, *clistere anodino*; *teriaca ed oppio*.

6. Giorno. — *Pozione purgativa* la mattina, *tisana sudorifera semplice*, *clistere purgativo*, *clistere anodino*, *teriaca ed oppio*.

7. Giorno. — *Tisana sudorifera semplice*, *clistere purgativo*, *clistere anodino*, *bolo calmante*.

Nella cura della *Charité* gli ammalati stanno in dieta; in generale, si comincia a dare il brodo al quarto o quinto giorno. Si aumenta poi gradualmente.

Quando gli ammalati sono tormentati da continui desideri di vomitare; quando hanno la lingua sporca e coperta di patina densa, bisogna incominciare coll'amministrazione di un emeto-cattartico (emetico 10 o 15 centigramme solfato di soda 25 gramme): questo non determinando il più delle volte, o appena le evacuazioni alvine, bisogna amministrare lo stesso giorno 1 o 2 clisteri fortemente purgativi. (siena 12 gramme, scialappa in polvere 4 gramme, mele mercuriale 60 gramme, 500 gramme): nello stesso tempo il ventre sarà coperto di cataplasmi emollienti ed una pillola di oppio di 5 a 10 centigramme sarà data la sera per conciliare il sonno. Quando la indicazione vomitiva manca, bisogna tosto amministrare i purganti drastici. Si dice che quando i dolori fossero violentissimi bisognerebbe calmarli coll'oppio prima di cercare vincere la costipazione; non sapremmo però partecipare a questa opinione, poichè lo studio di moltissimi fatti ci ha mostrato che i drastici, modificando gli scarichi ventrali calmano le coliche molto più sollecitamente ed in modo più duraturo dello stesso oppio. Seguendo l'esempio del Signor Tanquerel, amministriamo spesso l'olio di croton alla dose di 1 o 2 gocce in 1 o 2 pillole, o in un cucchiaino di tisana. Se l'olio agisce come purgativo, o se tre o quat' ore dopo la sua amministrazione, non è peranco prodotto alcun risultato, bisogna dare una novella pillola di una goccia. Conviene in generale continuare l'uso di questo purgativo per due o tre giorni di seguito, quando anche le coliche fossero interamente cessate. Allora basta per lo più una mezza goccia il mattino, e se la sera lo effetto purgativo è stato sufficiente, si amministra come coadiuvante, il clistere precedentemente formulato. Questi mezzi, coadiuvati dal riposo, da una dieta assoluta, dall'uso di una bevanda acidola (limonata) dolce, lassativa (piccolo latte, acqua di vitello), in generale sono sufficienti. Gli ammalati non prenderanno cibo se non quando ogni dolore di ventre è completamente cessato, e quando gli scarichi ventrali sono perfettamente ristabili. Per poco che questi minacciano di sospendersi, bisogna prontamente riprendere l'uso dell'olio di croton. Spesso è bastante l'olio di ricini alla dose di 30 gramme, o pure un clistere purgativo ordinario.

Tale è il miglior metodo di cura nella colica di piombo. Non conviene trascurare i purganti continuati; non si preferiranno i lassativi a' drastici, nel timore d'infiammare la membrana mucosa intestinale; poichè questo accidente non si avvera mai. In fatti non è un punto il meno curioso della storia di colica saturnina vedere ammalati i quali morti dopo aver preso dosi considerabili di drastici, non presentavano il menomo arrossimento nel tubo gastro intestinale. Vedi in prosieguo per la profilassi della colica.

Natura.—Non si può concepire in che modo abbiasi potuto considerare la colica saturnina siccome di natura infiammatoria; poichè questi sintomi, le necroscopie e la cura smentiscono questa dottrina. Oggi tutti son di accordo per considerare la colica metallica siccome una nervosa dolorosa de' nervi intestinali. Il carattere del dolore, il quale si calma il più delle volte sotto la pressione, la mancanza della febbre, e delle lesioni dopo la morte, l'utilità de' narcotici e degli evacuanti non possono lasciar alcun dubbio a questo riguardo.

DEI DOLORI NEURALGICI DELLE MEMBRA E DEL TRONCO

Abbiam detto che gl'individui colpiti da colica saturnina il più delle volte si lagnano di dolori più o meno vivi nelle articolazioni o nella continuità delle membra, più di rado ne' lombi nelle pareti toraciche ed alla testa. Questi dolori possono anche esistere soli; si manifestano nelle stesse circostanze della colica; sembrano essere più comuni di quest' ultimo in coloro che travagliano il minio; il contrario osservasi in quelli che lavorano la cerussa. Questi dolori corrispondono al reuma metallico di Sauvages. Il Signor Tanquerel, il quale li à ben studiati loro à dato il nome di *artralgia*, parola impropria; poichè sembra indicare che occupano solamente le giunture, mentre che si osservano comunemente nella continuità delle membra ed anche al tronco ed alla testa.

Sintomi.—Quando i dolori saturnini non si manifestano nel corso di una colica, sono preceduti per qualche tempo da stanchezze e gravezza sulle parti che sono state invase. Tosto gli ammalati provano dolori semplicemente contusivi o pure lancinanti, perforanti o laceranti; sono continui, ma offrono delle esacerbazioni irregolari, le quali accadono spesso durante la notte e privano gli ammalati del sonno. Questi dolori, che la pressione calma ordinariamente, si esacerbano spesso col calore del letto, mentre la esposizione delle parti al freddo esterno li calma; pur tuttavia il contrario à luogo frequentissimamente. Essi non sono accompagnati nè da febbre; nè da calore, nè da alcun cambiamento di colorito nella pelle; àno sede il più delle volte nelle grandi articolazioni, e se occupano la continuità delle membra, ordinariamente ciò à luogo nel senso della flessione; essi assalgono più comunemente le membra inferiori; al tronco, invadono solamente i muscoli lombari e qualche volta le pareti toraciche. Questi dolori rendono i movimenti difficili; è cosa comunissima vedere certi muscoli (quelli del polpaccio; per esempio) duri, contratti ed essere la sede di dolorosissimi

crampi. I dolori di cui parlo, benchè il più delle volte abbiano un carattere nevralgico, non si propagano affatto secondo il tragitto conosciuto del nervo; ma tosto sembra che abbiano sede ne' muscoli e qualche volta nelle ossa o pure nel tessuto fibroso.

Corso, durata, esiti.—I dolori saturnini hanno un corso irregolarissimo; la loro durata è variabilissima: può essere di pochi giorni, o pure prolungarsi per settimane ed anche per mesi interi. Quando si abbandonano ad essi stessi, possono cessare, poi ricomparire, guadagnare successivamente tutta la estensione di un membro; però non si veggono mai colla mobilità dei dolori reumatici, e trasferirsi per esempio, da un membro all'altro. Questi dolori sono qualche volta seguiti dalla paralisi dei muscoli; in altri casi, questi accidenti si sviluppano simultaneamente, e coesistono per qualche tempo. Però i dolori finiscono tosto mentre che la paralisi perdura poscia in un modo indeterminato. L'esito è sempre felice, a meno che non vi sia qualche complicanza. Nell'autopsia, le parti che erano addolorate durante la vita non sono affatto la sede di alcuna lesione manifesta.

Diagnosi.—I dolori saturnini somigliano molto a quelli del reuma cronico: tuttavia ne differiscono in quanto che sono meno mobili e molto meno tenaci; se occupano le articolazioni, queste non si deformano mai: quando hanno sede ne' muscoli, e specialmente in quelli de' lombi e nelle pareti toraciche, torna quasi impossibile, dal loro carattere solamente, determinare quale sia la loro natura; i commemorativi però sono in questo caso di grande utilità. Questi dolori avendo sede spesso nelle ossa, ed esacerbandosi durante la notte, potrebbero essere confusi co' dolori osteocopi sifilitici; la mancanza poi dell'esostosi e degli altri sintomi d'infezione venerea, e dall'altra parte, i commemorativi facendo conoscere che gl'individui maneggiano le preparazioni di piombo, illumineranno i medici sulla vera natura di queste sofferenze.

Cura.—Il solo riposo basta qualche volta per far scomparire i dolori saturnini. Quando questi si accompagnano alle coliche bisogna limitarsi a trattare questi ultimi co' mezzi indicati più sopra. Quando i dolori esistono soli si amministrerà tutti i giorni un bagno solforeo; se avvi veglia, si darà la sera una pillola oppiata. Sotto l'influenza di questa medicatura, i dolori si veggono quasi sempre cessare al più tardi dopo un settenario. Ne' casi ostinati, si ricorrerà a' vescicanti volanti che si spalmeranno per alcuni giorni con un sal di morfina.

DEGLI ACCIDENTI CEREBRALI SATURNINI
O ENCEFALOPATIA SATURNINA

Le preparazioni saturnine assorbite spiegano spesso la loro azione deleterea sullo encefalo, e producono la esalazione, il perversimento o l'abolizione delle funzioni di quest'organo.

Storia e divisioni. — Questi accidenti cerebrali, benchè molto frequenti, avevano però poco o nulla fissato l'attenzione dei medici i quali, dopo due secoli ànno meglio studiato la colica metallica; ad un'epoca anche molto vicina a noi (1812), si è veduto il signor Mèral il quale li considerava siccome complicazioni estranee alla malattia saturnina. Da questo autore in poi sono state pubblicate alcune osservazioni nelle tesi e nelle raccolte periodiche, un certo numero di affezioni cerebrali evidentemente determinate dallo assorbimento del piombo, come la colica, colla quale coincidono quasi sempre. La scienza non possedeva che questi fatti isolati, quando intrapresi, alla fine del 1836 di dare la storia di questa malattia, della quale descrissi le principali forme (1). Verso la stessa epoca, il signor Nivet pubblicò nella *Gazette médicale* un lavoro presso che simile. Il Signor Tanquerel, scrivendo sullo stesso oggetto tre anni dopo di me, non à fatto, sotto molti rapporti, che completare le mie descrizioni che spesso si è degnato copiare parola per parola, senza niente aggiungere di proprio. Piacesse a Dio che si potesse credere, nel suo interesse, che questi numerosi imprevisti siano solamente reminiscenze. Per parte mia, sono disposto ad ammettere che l'autore avesse completamente dimenticato la natura del mio lavoro, quando egli si à dato il nome, nel suo libro, come primo storico della encefalopatia saturnina, parola sotto la quale questo medico comprende l'insieme degli accidenti cerebrali prodotti dall'azione del piombo sullo encefalo (2).

Quest'azione manifestandosi allo esterno con diversi disturbi funzionali, è stabilito, nel mio primo lavoro, e conservo ancora in quest'opera tre forme primitive della malattia, le quali sono 1.° la forma *delirante*; 2.° la forma *convulsiva o epilettica*; 3.° la forma *comatosa*. Di poi è detto che queste tre forme potevano combinarsi tra esse, cioè coesistere insieme o succedersi le une alle altre.

(1) *Journal hebdomadaire*, t. IV, année 1836 dove è consacrato quarantana pagina allo studio di cui è parola.

(2) Questa parola *encefalopatia* è stata proposta dal Signor Tanquerel in occasione di una sola osservazione che questo medico inserì nello stesso volume del *journal hebdom.*, poco tempo prima la pubblicazione del mio lavoro.

Anatomia patologica.—Nella metà e più degli individui i quali periscono dietro gli accidenti cerebrali saturnini, non si trova nè nello encefalo nè nella midolla spinale alcuna distinta lesione. In altri poi, specialmente se sono stati vittima degli attacchi epilettici o epilettiformi, si trovano le circumvoluzioni appianate, compresse le une dalle altre; le aufrattuosità sono appena visibili, in modo che la superficie degli emisferi è quasi levigata. La polpa cerebrale presenta qualche volta un leggiero colorito giallastro; essa non è quasi mai iniettata, il più delle volte è anche esangue; ora presenta la sua normal consistenza; qualche volta è aumentata, altre volte è alquanto diminuita, ed in questo caso, il cervello si attacca un poco al dito, e presenta una resistenza pastosa, che abbiamo spesso paragonata, col Signor Martin Solon, alla sensazione che presenta la pasta di altea; i ventricoli non contengono affatto o appena il siero, e la loro cavità è qualche volta diminuita di un terzo ed anche della metà.

Lo abbassamento delle circumvoluzioni cerebrali indica che lo encefalo è stato fortemente compresso dalle pareti del cranio, è certo che in questi casi, il cervello, obbedendo ad uno sforzo di espansione, si trova stretto nella cavità del cranio: si potrà esser convinti su di ciò applicando una o molte corone di trapano, perchè osservasi allora il cervello far ernia a traverso dell'apertura, e sorpassare il livello della esterna superficie dell'osso del cranio. In fine quando si separa la volta del cranio si mette allo scoperto la dura madre, questa è molto tesa: torna impossibile poterla prendere sia colle dita, sia anche colle pinzette, e quando s'incide, si vede tosto la massa cerebrale scappare al di fuori. Finalmente il restringimento de' ventricoli in certi casi è pure una prova dell'aumento di volume del cervello. Quest'organo sembra affetto da ipertrofia; considerando purtuttavia la rapidità colla quale la malattia si manifesta e siegue il suo corso, bisognerà ammettere molto meno una ipertrofia, cioè un aumento di numero e di volume delle molecole cerebrali, che una specie di turgescenza che può benissimo spiegarsi mediante la stessa organizzazione del tessuto cerebrale.

D'altronde qualunque possa esserc l'opinione che si formano sulla natura dell'alterazione, torna inutile insistere in questo luogo per provare che essa non è infiammazione. Aggiungiamo che negl'individui che periscono istantaneamente agli accidenti cerebrali saturnini, non si trova alcuna traccia di flemmasia nelle meningi, nè nel cervello, nè nella midolla: questa è stata sempre osservata esente da alterazioni, e raramente partecipa del colorito giallastro ch' esiste qualche volta nel cervello. I signori Andral e Gavaret, avendo analizzato due volte il sangue dopo la morte, han trovato la fibrina nella normale quantità.

Prodromi. — Gli accidenti cerebrali, qualunque sia la loro forma, possono manifestarsi istantaneamente, e colpire l'operaio in mezzo ad una florida salute apparente. Quindi è che abbiain veduto due fabbricanti di cerussa, appena usciti dal loro pranzo, essere colpiti come dal fulmine in mezzo al loro lavoro, e presentare uno degli accessi di epilessia, e l'altro un abbattimento comatoso. In moltissimi casi però (la metà circa), si possono vedere i fenomeni prodromi; son dessi, per ordine di frequenza, una cefalalgia frontale o del sincopite più o meno viva, accompagnata o pur no da vertigini, da sonnolenza o da un sonno agitato e frequentemente interrotto, da uno sguardo stupido, da acceleramento del polso, da uno stato d'inquietitudine e da tristezza che spinge gli ammalati al pianto: in fine, alcuni sono colpiti improvvisamente da amaurosi, o provano gràvedini, formicoli o dolori nelle membra.

Ne' due terzi de' casi, abbiain veduto gli accidenti cerebrali manifestarsi negl' individui colpiti già da colica saturnina: la violenza di questa à spiegato qualche volta lo sviluppo de' sintomi cerebrali; ne' tre quarti però degl' individui, questi non si manifestano se non quando i dolori addominali erano di molto diminuiti, e l'ammalato era già nella via della guarigione, in guisa che i disturbi cerebrali non possono considerarsi come un effetto puramente sintomatico de' patemi addominali.

Sintomi. — I sintomi variando molto secondo la forma che la malattia riveste, li studieremo in ciascuna delle divisioni che abbiain precedentemente stabilite.

1.° *Forma delirante.* — Il quarto degl' individui i quali presentano i sintomi cerebrali saturnini sono affetti da delirio; questo ora è calmo (in un terzo), e consiste soltanto in un divagamento delle idee, senza alcuna specie di agitazione. Non così però negli altri ammalati (due terzi), de' quali il delirio è furioso; quelli giurano, gridano, vociferano, lacerano le loro vestimenta, spezzano i legami che li trattengono nel loro letto, corrono nella sala, ingiuriano, battono e stramazzano le persone che incontrano, eruttano le più oscene parole; in fine, in alcuni l'agitazione manica è pur anche eccitata dalle illusioni o dalle allucinazioni. Questo delirio, qualunque sia la forma, è continuo ne' tre quarti de' casi; presenta poi alterazioni irregolari, che hanno luogo indifferentelemente il giorno o la notte. Il delirio non è sempre completo, universale; in fatti, si possono spesso avere adeguate risposte alle dimande dirette agli ammalati: molti rendono un conto fedele de' loro dolori, e presentano questo misto di delirio e di ragione che caratterizza questa forma di follia che chiamasi *ragionante*. Nel momento del parossismo però tutte le idee sono incoerenti, l'ammalato offre allora la perfetta immagine de' maniaci furibondi.

Dopo una durata di uno o molti giorni in modo continuo, in alcuni ammalati l'agitazione si calma; tosto quest'individui cadono nel sonno, il quale durando cinque, sei ed anche dodici ore tranquillo, si risvegliano affatto ragionevoli, nulla ricordando o appena conservando qualche idea confusa delle cose accadute durante la veglia. Il più delle volte gli ammalati allora sono guariti; ma in alcuni si osserva, dopo una sospensione di uno o tre giorni, che gli stessi accidenti ricompariscono.

Alcuni muoiono bruscamente in mezzo alla violenza del delirio; sembrano; assiderati altri probabilmente smarriti da qualche visione o allucinazione, si uccidono; in fine nel maggior numero, o ne tre quarti circa, si veggono le convulsioni o pure uno stato comatoso succedere al delirio.

2.^o *Forma convulsiva o epilettica.* — La forma convulsiva è la più frequente di tutte. Ogni qual volta mi è stato dato interrogare gli ammalati sulle sensazioni che hanno provato prima dello attacco, non è mai potuto distinguere in essi la esistenza di un' *aura epilettica*. La forma dell'assalto varia secondo i casi; un settimo degl'individui non provano allo sviluppo che una specie di vertigine epilettica; così essendo, gli ammalati cadono all'improvviso privi della conoscenza; la sensibilità generale è abolita, gli occhi sono fissi, e non si osserva alcuna convulsione. Questo stato però è diverso dalla vertigine ordinaria epilettica per la sua maggior durata. In fatti continua il più delle volte per molte ore, mentre nella vertigine epilettica semplice la perdita delle facoltà intellettuali à luogo dopo uno o due minuti soltanto. Quando in questi casi gli ammalati riacquistano la conoscenza, essi non godono immediatamente della totalità delle loro facoltà intellettuali; non ricordano nè il loro insulto nè le circostanze che lo hanno preceduto; la loro fisionomia porta l'impronta di un profondo stupore; le loro membra sono tremolanti; barcollano se stanno in piedi, e non s'impadroniscono degli oggetti esterni che con timore; le loro idee sono confuse; la parola lenta, stentata: subito dopo, cioè alla fine di otto o dieci minuti, di una o molte ore un novello attacco si manifesta. Questo è accompagnato ordinariamente da movimenti convulsivi; la fisionomia degli ammalati s'inietta ad un tratto; poi in un istante quasi indivisibile, il colorito rosso è sostituito da un pallor di morte. Se l'individuo è ritto, cade alla rovescia come una massa inerte, insensibile a tutti gli eccitanti esterni. Tosto tutto il corpo addivien rigido; le membra, specialmente le superiori; provano leggiere scosse. Ordinariamente non si osservano quei movimenti disordinati che caccian via dal letto gli ammalati. Il più delle volte la rigidità, spesso quasi tetanica, predomina in un lato; allora la faccia è orribilmente contraffatta; le commissure sono fortemente tirate a destra o a sinistra; le pal-

pebre sono chiuse o largamente aperte; gli occhi sono immobili e irrequieti; tutte queste parti sono agitate da piccoli movimenti convulsivi. La lingua, nella metà de' casi, stretta tra i denti, e lacerata; una saliva schiumosa, raramente sanguinolenta, inonda le labbra, mentre che il gonfiamento delle vene del collo e la turgescenza violacea della faccia aumentano ancora l'orrore di un simile quadro. Mentre questi fenomeni esistono, la respirazione è breve e penosa; addiviene fragorosa, stertorosa quando à luogo la irrisoluzione. Allora la pallidezza sostituisce la tinta violacea della faccia; la pelle si covre di sudore; le membra si trovano in una completa risoluzione; le pupille sono largamente dilatate, la sensibilità generale continua ad essere abolita, ma l'insulto è finito dopo una durata media di alcuni minuti. Nella metà e più degl' individui, dopo quattro o dieci minuti, la sensibilità ritorna progressivamente, la intelligenza rimane ottusa; gli ammalati sono nella possibilità di percepire alcune sensazioni; possono dare alcuni schiarimenti, ma esprimono comunemente i loro pensieri in modo confuso, e balbutiscono spesso alcune parole poco intelligibili. Alcuni appena risvegliati, si agitano e vociferano; essi addivengono maniaci; altri sono tormentati da idee sinistre o pure da spaventevoli visioni. Quest'agitazione furibonda, questi tristi pensieri, cessano dopo alcuni minuti, o più tardi dopo alcune ore; sono sostituiti da un novello attacco di epilessia ordinariamente più intenso del primo. Allora gli accessi si ravvicinano di più addivengono quasi subentranti quando la malattia deve avere un esito funesto; negl' intervalli, che sono brevissimi, gli ammalati non riprendono la loro intelligenza, ma rimangono immersi in uno stato comatoso ed in una insensibilità assoluta.

In alcuni casi poco frequenti (una volta su sei) le convulsioni sono irregolari e difficili a caratterizzarsi; ciò fece dire al Stoll che quasi tutti i generi di convulsioni hanno luogo nella colica saturnina, ma principalmente la più grave di tutte, e che assale tutto il corpo, la epilessia, la quale invade, abbandona, riprende gli ammalati in tutti i tempi e quando meno si pensa. La forma convulsiva può essere irregolare sin dallo sviluppo, o addivenir tale dopo gli attacchi epilettici spesso ripetuti; in questi casi, le convulsioni sono parziali; esse assalgono la faccia intiera o uno de' lati soltanto; un membro o molti nello stesso tempo sono colpiti da una contrazione permanente la quale dura senza interruzione, tre, quattro, sei ore e più, sino all'esito fatale. In fine si sono veduti ammalati addivenir catalettici: però questa forma di convulsione è la più rara di tutte, e non l'abbiamo mai osservata.

La morte à luogo dopo i fenomeni di asfissia, ora istantaneamente, come se avesse luogo la sospensione dell' azione ner-

vosa, ora dopo un coma che può durare da alcune ore sino ad un giorno. Stoll diceva allora che gli ammalati *cadevano dalle convulsioni nell'apoplessia*, la quale aggiungeva egli, si dissipa il più delle volte. Egli ne à veduto perire due soltanto i quali erano entrati nell'ospedale non à guari e non avevano praticato alcun rimedio. Però mi sembra che il Signor Stoll abbia sconosciuto in questi casi il vero carattere dell'affezione, ed aver dato un pronostico generalmente troppo favorevole. In fatti, bisogna, nelle convulsioni epilettiche, distinguere due stati comatosi o apoplettici, per servirmi della espressione del celebre professore di Vienna; l'uno succede dietro gli accessi convulsivi, e questo è l'esito ordinario. Se la malattia deve avere un esito felice, questo coma è soltanto passeggero, ed io credo che Stoll non à voluto indicare che questa specie di *apoplessia*. Ve ne à però un altro che non bisogna confondere col precedente. Quello à luogo dietro l'impicciolimento del cervello, per la mancanza di reazione dopo gli accessi troppo spesso ripetuti, ed altro termine non rimane che la morte degli ammalati.

Le convulsioni saturnine, sì fatali all'uomo, non lo sono meno agli animali domestici che frequentano le fabbriche. I cani ed i gatti muoiono quasi tutti di convulsioni; ora sono fulminati e cadano quasi istantaneamente, ora corrono, e spesso, colpiti da cecità, urtano in un corpo che si trova sul loro cammino. La loro corsa è interrotta di tempo in tempo da movimenti convulsivi in mezzo a' quali muoiono. Questi accidenti nervosi sopravvengono qualche volta dopo molti giorni di mal'essere durante i quali l'animale è tristo, abbattuto; in molti, i sintomi si son manifestati dopo di aver bevuto ne' ruscelli un'acqua imbianchita dalle molecole di carbonato di piombo tenute sospese.

3.^o *Forma comatosa*. — La forma comatosa occupa il terzo posto per la frequenza. Parleremo in questo luogo solamente de' casi in cui il coma è primitivo, e non di quello in cui è consecutivo delle altre forme. Ne' primi tempi, l'ammalato può essere ancora sensibile ad alcuni eccitanti esterni: può essere strappato momentaneamente dal suo stato di abbattimento; è anche possibile di ottener da esso, se non de' schiarimenti precisi, almeno alcuni dati sopra le sensazioni attuali; pel passato poi, la reminiscenza è perduta. Il polso e la respirazione sono lenti, l'ammalato rimane ordinariamente tranquillo nel suo letto, egli presenta l'aspetto di un uomo profondamente addormentato. Di tempo in tempo questo sonno letargico è interrotto da gridi, e più spesso da pianti. Ora si osserva alcun poco di agitazione; l'ammalato si muove da un lato o dall'altro, si alza dal suo letto, s'inginocchia, ed in questi diversi movimenti i suoi occhi sono chiusi o largamente aperti; ma anche in quest'ultimo caso, sembra che non distingua alcun oggetto e

sterno; le sue pupille sono larghe o mediocrementemente dilatate e poco mobili; le congiuntive non sono iniettate. La scomparsa di questi accidenti à luogo progressivamente; quindi l'amanrosi scompare a poco a poco; gli ammalati fissano le persone che loro parlano senza però rispondere, poi rispondono a certe domande facili, e spesso incompletamente, ma facendo conoscere che han capito almeno in parte il significato delle parole che loro sono state dirette. A poco a poco riconoscono i loro parenti, i loro amici; le loro facoltà intellettuali riprendono il loro impero. Non pertanto l'ammalato non ricorda affatto tutto ciò ch'è succeduto durante l'insulto; e crede risvegliarsi da un sogno profondo, è stanco, e la prima sensazione penosa che prova è la fame.

Queste tre forme primitive della malattia cerebrale saturnina possono, come abbiám detto, combinarsi tra loro, sostituirsi ancora. Abbiamo dapprima veduto che, relativamente alla frequenza, si possono classificare in questo modo: 1.^o *Forma convulsiva*, 2.^o *Forma delirante*, 3.^o *Forma comatosa*. In quanto al modo di combinazione di questi accidenti tra loro, torna impossibile poter niente indicare di costante; pur tuttavia possi stabilire che, qualunque sia la forma che la malattia riveste primitivamente, ne' due terzi de' casi, le convulsioni epilettiche si manifestano sia allo sviluppo, sia nel corso della malattia. Posso anche indicare in questo articolo le convulsioni siccome costituenti l'accidente più formidabile e quello che uccide prontamente gli ammalati, specialmente quando si manifesta in individui, la cui potenza nervosa è indebolita, sia dal delirio, sia da uno stato letargico antecedente.

Durata. — La durata della malattia varia secondo la forma degli accidenti. Il delirio, se è intermittente può prolungarsi senza produrre la morte per quattro, sei, nove ed anche diciassette giorni. Gli attacchi di epilessia possono ripetersi ad intervalli più o meno ravvicinati, da pochi minuti sino a sei o sette giorni. In fine, lo stato comatoso perdura da due a dieci giorni.

In alcuni casi però, felicemente rari, la durata della malattia è brevissima; poichè alcune ore, alcuni minuti, alcuni secondi ancora bastano per uccidere gli ammalati.

Recidive. — Gli accidenti cerebrali che abbiamo precedentemente descritti van soggetti alle recidive, non solo quando gl'individui si espongono di bel nuovo alle emanazioni saturnine, ma pur anche quando essi sono sottratti da molto tempo alla influenza deleterea del piombo. Quindi guardiamoci di credere che un convalescente abbia recuperata la salute dal momento in cui gli accidenti nervosi sono scomparsi; poichè la causa tossica della malattia sussiste ancora, e dopo aver dormito, per così dire, per al-

cuni giorni può di nuovo ricomparire spontaneamente, o dopo un errore dietetico, dopo una palema morale, ec. Per quanto tempo il piombo può esso esercitare questa pericolosa influenza? Torna impossibile precisarlo. Ciò non pertanto, ne' fatti che conosco, questa influenza non si è estesa al di là del quarto settenario.

Accidenti consecutivi. — Quelli che sopravvivano ricuperano quasi tutti una perfetta salute; però in un quarto circa degli ammalati si osserva una paralisi consecutiva delle membra o de' sensi (specialmente della vista). Questa paralisi può durare per tutto il tempo della vita o sparire dopo un tempo più o meno lungo. Quelli i quali hanno sofferto le convulsioni non sono affatto soggetti in prosieguo agli accessi di epilessia.

Diagnosi. — In tutti gli accidenti cerebrali che abbiamo studiati, non possi niente rinvenire di speciale. Torna impossibile vedendoli, e se non si è ricorso a' commemorativi, di dire se questi fenomeni riconoscono per punto di partenza una causa specifica, poichè il delirio, le convulsioni, il coma, possono appartenere a diverse cause, e nello stato attuale della scienza, è difficile poterle discernere tra loro. Gli accidenti saturnini però, e specialmente i sintomi addominali esistenti, metteranno nella via per conoscere la causa speciale de' disturbi nervosi che si osservano; quindi si attingeranno gli elementi della diagnosi non nella forma e nella natura degli accidenti che caratterizzano una colica saturnina. In fine si terrà conto ancora di certi fenomeni i quali, sebbene non esclusivi della malattia saturnina costituiscono alcune circostanze capitali per chiarire una diagnosi incerta; intendo parlare dell'amaurosi e dello stato della circolazione. L'amaurosi, in alcuni casi, è il primo insolito accidente che osservasi, ed è per così dire, un segno prodromo di altri accidenti più gravi. Quest'amaurosi à per carattere speciale di manifestarsi bruscamente; e di cessare, in generale, dopo una durata che varia tra dodici ore ed otto giorni. La lentezza del polso è stata considerata come quella che mostrasi in un gran numero di malattie cerebrali; nulla dimeno l'apressia non accompagna affatto il primo periodo di una malattia acuta de' centri nervosi, mentre che, per gli accidenti cerebrali saturnini, qualunque sia la loro forma, la lentezza del polso è un fenomeno molto ordinario, almeno ne' primi tempi della malattia. Tuttavolta vi sono circostanze in cui torna impossibile dimostrare questo carattere importante fornito dalla circolazione; quindi allorchè l'ammalato è agitato da un delirio frenetico, o pure quando gli accessi convulsivi sono intensi molto ravvicinati, la circolazione partecipa di questo stato di esaltamento. Qui poi l'acceleramento è solamente momentaneo, a meno che l'ammalato non sia prossimo al termine fatale. In alcuni casi però si potrebbe trovare difficoltà per distinguere la forma delirante della ma-

lattia saturnina dal *delirium tremens*, atteso che la maggior parte degli artefici, specialmente quelli che escono dalle fabbriche di cerussa, dediti alla ubriachezza. Nel *delirium tremens*, come nel delirio saturnino, gli ammalati anno degl' impeti furiosi, soffrono veglia, e la malattia si risolve completamente con un sonno lungo e profondo. Nel delirio per de' dipsomani, la contrazione muscolare è più o meno lesa; i movimenti sono per lo meno perversi; anno luogo senza precisione; se l'ammalato trovasi in piedi, perde l'equilibrio; gli oggetti non si toccano che con una certa oscitanza, perchè le mani di quest' infelici sono agitate da un tremito involontario; avvi di più incertezza nella voce e tremito nella labbra, fenomeni i quali non esistono affatto nel delirio saturnino, a meno che non sia seguito da paralisi. La forma delirante potrebbe essere confusa con un accesso di mania; di rado però questa non è preceduta da qualche disturbo notevole della intelligenza; o almeno da alcune bizzarrie nel carattere. Si potrebbero anche confondere con una demenza accompagnata da paralisi generale, certi deliri saturnini complicati con un cominciamento di paralisi delle membra; il corso comparativo però delle due malattie sarà sufficiente per distinguerle. La prima, in fatti, è sempre cronica; la seconda però, è sempre un corso acuto, almeno per i disturbi intellettuali. Finalmente in certi individui colpiti da epilessia saturnina, la forma degli accessi somiglia talmente a quelli della epilessia essenziale, da tornare impossibile poter distinguere le due affezioni mediante un sintomo positivo. Il Sig. Tanquerel à preteso però di trovare i caratteri distintivi, ed à detto che nella epilessia saturnina non si osservavano affatto, come nella epilessia essenziale, le convulsioni più specchiate in un lato del corpo che nell'altro; aggiunge che nella prima specie, gli ammalati si mordono frequentemente, e che gli accessi sono più lunghi. Non dubito affatto che i medici alquanto abituati alla osservazione delle nervosi cerebrali non trovino l'errore in ciascuna di queste proposizioni. In fine lo stesso autore sostiene che la epilessia saturnina è sempre preceduta o seguita dal delirio o dal coma; ma ciò può aver luogo anche in certe epilessie semplici, specialmente ne' primi attacchi, e quando presentano un corso molto acuto.

Pronostico. — Il pronostico è gravissimo, poichè quasi più della metà di quei colpiti da' sintomi cerebrali che abbiamo descritti periscono. Il pronostico dovrà essere sempre incerto ne' casi più benigni in apparenza, perchè il corso è spesso insidioso, e si veggono specialmente gli accidenti più terribili succedere a' sintomi leggieri. La natura de' disturbi che si operano, debbono pure far variare il pronostico. In generale le forme deliranti, e comatose, quantunque gravissime, sembrano, specialmente la prima essere meno pericolose della forma convulsiva: Il pronostico

sarà tanto più favorevole in quanto che l'ammalato lotterà più lungo tempo cogli accidenti cerebrali, qualunque essi siano: quindi è raro che l'individuo muoia quando la malattia è arrivata al sesto o settimo giorno; nella quasi totalità de' casi, l'esito fatale à'luogo nei primi due o tre giorni, ed anche nelle prime ore, a contare dalla invasione.

Avvi un fenomeno la cui presenza indica sempre un imminente pericolo, una morte quasi certa; intendo parlare di una rigidezza del collo, di un certo grado di opistotono, che può continuare dopo gli attacchi convulsivi, ed è osservati quattro individui i quali perirono. La rigidezza di un membro o di una metà del corpo è pure un fenomeno di tristissimo auspicio.

Cura. — Niente di preciso esiste ancora sul metodo curativo più conducente da opporsi agli accidenti cerebrali saturnini. Alcuni hanno impiegato il salasso; ma oltre a che gli spari cadaverici non ne hanno dimostrato la utilità, perchè non esiste nè infiammazione e nè anche congestione ne' centri nervosi; le osservazioni cliniche hanno di più provato che le emissioni sanguigne erano quasi sempre nocive; ed il loro uso seguito da raddoppiamento negli accidenti; diremo altrettanto delle applicazioni fredde sulla testa. I rivellenti cutanei, come i sinapismi ed i vescicanti, sono pure di una utilità molto dubbia; però mi è sembrato che, nella forma comatosa, l'applicazione di un largo vescicante su tutta la superficie del cuoio capelluto, antecedentemente privato de' capelli, poteva essere utile e contribuire a togliere lo individuo dallo stato di abbattimento nel quale è incorso. Gli spruzzi di acqua fredda hanno qualche volta lo stesso effetto; pur tuttavia diremo che non convengono affatto se non nella forma delirante e convulsiva. L'oppio, raccomandato da Stoll, è stato screditato dagli altri; però è indicato ne' maniaci; basta infatti amministrare un quarto di clistere con 16 o 20 gocce di laudano di Sydenham per calmarli, per loro conciliare il sonno tranquillo, uscendo dal quale molti di questi individui hanno recuperato la ragione. L'oppio non conviene affatto nella forma comatosa, e nemmeno nella forma convulsiva; le speranze che abbiamo concepite di questo medicamento nel nostro primo lavoro non sono disgraziatamente realizzate; diremo altrettanto del solfato di chinina dato ad alta dose cogli antispasmodici (elere, valeriana, assafetida), che sempre sono falliti contro gli accidenti convulsivi. In fine molti pratici consigliano di combattere i sintomi cerebrali col metodo di cura della Carità; la esperienza però ha dimostrato l'inutilità di questo metodo quando gli accidenti esistono soli, ed è raramente efficace ne' casi in cui i disturbi nervosi si accompagnano alla colica saturnina. In riassunto si vede che i mezzi della teraputica sono limitatissimi, e non si può sperar salvezza per mezzo

suo che nella metà degli ammalati: Il signor Kayer, dopo aver come noi, compianto per lungo tempo la poca utilità de' nostri agenti terapeutici, si è finalmente abbandonato alla sola aspettazione. Questo metodo, se prestiamo fede al Signor Tanquerel, sarebbe riuscito oltre ogni aspettativa, poichè di 34 ammalati dei quali 8 erano stati colpiti dalla forma delirante, 2 dalla forma comatosa e 24 dalle tre forme riunite, un solo sarebbe perito. Un simile risultato deve da ora in poi fissare l'attenzione de' medici, ed impegnarli a sperimentare il metodo consigliato dal dotto medico dell'ospedale de la Charité. Diciamo però che abbiamo avuto il dispiacere di usarlo in 5 o 6 ammalati, i quali tutti perirono.

DELLE PARALISI SATURNINE

Il piombo à spesso lo effetto di determinare, dopo essere stato assorbito, delle paralisi più o meno estese, che il più delle volte si determinano sulla motilità, raramente sulla sensibilità.

Storia.—Sin dalla più remota antichità si è parlato di certe specie di coliche frequentemente seguite dalla paralisi delle membra; però solamente verso la metà del secolo decimottavo, dopo i lavori di Astruc e di De Haën, si posseggono alcuni dati precisi sulla causa e le forme di queste paralisi. Descritte poi da tutti gli autori che si sono occupati delle malattie saturnine, esse sono state quasi per la prima volta ben studiate dal Signor Tanquerel-Desplanches, nella sua tese dapprima, e poi nella sua opera, e par giusto dire che il suo capitolo sulla paralisi è a poco presso il solo in cui l'autore abbia largamente trattato del proprio. Prenderemo da lui la maggior parte che saremo per dire.

Anatomia patologica.—In coloro i quali muoiono nel corso di una paralisi saturnina, non si trova alcuna distinta lesione ne centri nervosi ne nel sistema ganglionare. Se la malattia dura da lungo tempo, si osservano nelle parti paralizzate delle lesioni dipendenti unicamente dal lungo riposo al quale sono state condannate, e dalla inerzia della nutrizione; quindi i muscoli sono appassiti, scolorati, spesso atrofiati; il calibro de' vasi è diminuito, lo stesso osservasi qualche volta anche de' cordoni nervosi.

Circostanze nelle quali la paralisi à luogo.—La paralisi si manifesta spesso nelle stesse circostanze delle altre malattie saturnine; ma differisce da queste in quanto che è raramente primitiva, e quasi sempre succede a qualche altro avvelenamento saturnino, specialmente alla colica, o che esista ancora o che finisca quando la paralisi si effettua, o che l'ammalato abbia sofferto uno o molti attacchi ad un'epoca più o meno lontana. In generale la paralisi non si manifesta che in

quelli i quali sono esposti da lungo tempo alle emanazioni saturnine. Le coliche violenti non sono più spesso seguite dalla paralisi di quelle leggiere o moderate (Tanquerel); è però provato che certi metodi di cura che loro si oppongono e specialmente la cura di acido solforico e degli antistilogistici rendono questo accidente molto più comune.

Nella maggior parte de' casi, i sintomi cerebrali, i dolori nevralgici, e specialmente la colica, precedono la paralisi, e ne costituiscono, per così dire, i prodromi. La paralisi è sempre annunziata da stanchezze, da una sensazione di freddo, da torpore, da gravedine, da lontananza de' movimenti nelle parti che saranno affette. Questi accidenti possono scomparire momentaneamente per lo eccitamento del corso; il più delle volte perdurano, e costituiscono il primo grado della paralisi.

Sintomi.—La paralisi è raramente generale e completa; ma per lo più è circoscritta ad un sistema de' muscoli; può essere anche circoscritta ad un sol muscolo o ad un solo dei suoi fasci. Le membra superiori sono cinque o sei volte più spesso colpite delle inferiori; non è raro che le quattro membra siano simultaneamente affette; Quasi sempre la paralisi è circoscritta a' muscoli estensori; frequentemente si estende anche a' muscoli che concorrono all'articolazione della voce. Quindi gli ammalati che ancora possono sostenersi in piedi tremano sotto le loro gambe; i loro movimenti, sono incerti; le loro gambe o le loro cosce sono piegate a causa della paralisi de' muscoli della parte anteriore (muscoli estensori); le membra superiori rilasciate lungo il tronco; se la paralisi è completa, il più delle volte questa affetta soltanto i muscoli estensori del pugno e delle dita; allora queste parti sono piegate; gli ammalati non possono più prendere alcun oggetto, mentre che conservano i movimenti della spalla e del braccio. In quest'individui le labbra sono ordinariamente tremanti, la lingua sembra muoversi con difficoltà; la parola è imbarazzata, avvi qualche volta balbuzie; se la paralisi si propaga su i muscoli della laringe, può esservi afonia; questo accidente però è raro. Lo stesso avviene della paralisi de' muscoli intercostali, la quale, quando esiste, produce tosto la morte per asfissia. La sensibilità è quasi sempre intatta nelle membra paralizzate; però in un ventesimo de' malati circa, le parti private di movimento sono pure insensibili. Questa insensibilità può colpire soltanto la pelle, o nello stesso tempo le parti profonde.

Quando la paralisi è addivenuta completa e dura per lungo tempo, i muscoli si atrofizzano. Se la paralisi non affetta che un sistema de' muscoli, questi sono quelli che solamente cadono nell'atrofia, e ciò forma un contrasto molto distinto colle protuberanze che formano i muscoli delle stesse parti che non so-

no paralizzate. Questi allora, imprimendo a certe regioni del corpo, come al pugno per esempio, uno stato di flession forzata, e tirandola, determinano uno spostamento e la protuberanza de' tendini ed anche delle ossa del carpo. Quando la paralisi saturnina è molto estesa, la nutrizione generale si fa languida, gli ammalati s' indeboliscono, si ammisericcono, le digestioni si alterano, le membra s' infiltrano, le escare si sviluppano sulle parti che sostengono la pressione del corpo durante il decubito; finalmente a luogo la morte nel marasmo.

Corso, durata, esiti.—La paralisi siegue un corso ordinariamente lento e progressivo. Quando colpisce le quattro membra, comincia per lo più dalle inferiori; queste sono pure le prime a ricevere i movimenti quando la malattia termina felicemente. Quando la paralisi colpisce tutto il membro addominale, si estende comunemente dall'alto in basso, cioè che prima colpisce la coscia, poi la gamba, ed in ultimo luogo il piede; la guarigione, quando a luogo, succede nella stessa guisa. Nella paralisi completa delle membra superiori, il movimento ritorna prima ne' muscoli flessori, poi ne' pronotori e ne' supinatori, ed in ultimo luogo negli estensori, abbenchè, il più delle volte, la paralisi abbia cominciato da essi (l'anquerel).

La paralisi saturnina è una durata indeterminata; essa può cessare dopo alcuni giorni, e persistere per anni interi ed anche per tutta la vita. La guarigione può essere completa, o incompleta; in quest' ultimo caso, è cosa facile veder la paralisi aumentare ad ogni novella colica che lo ammalato contrae.

Varietà.—Ho detto precedentemente che la paralisi si determinava solamente sulla sensibilità di certe parti del corpo: questa forma della malattia è stata studiata specialmente dal Sig. Tanquerel-Desplanches sotto il nome di *anestesia saturnina*. Essa può colpire le parti profonde o essere circoscritta alla pelle. Quest'ultima forma è la più rimarcabile, e può essere completa o incompleta. Gli ammalati hanno ora perduta completamente la sensibilità del tatto. In altri questa facoltà si conserva o è appena ottusa mentre che sono insensibili al dolore. L'anestesia si manifesta per lo più rapidamente, essa è ora fissa e permanente, ora mobile e si prolunga raramente al di là di cinque o quindici giorni. Ha sede sulle membra o al tronco, e coincide quasi sempre con un'altra malattia saturnina della quale è consecutiva. L'anestesia sarebbe, secondo la maggior parte degli autori, un accidente raro nello avvelenamento saturnino. Il Signor Beau poi lo ha descritto come costante (*Archives de* 1848). Questo fatto merita di essere verificato.

La paralisi può portarsi anche sopra alcuni organi dei sensi. Si dice aver osservato una sordità saturnina; la cosa poi è rarissima, mentre è molto frequente vedere la paralisi della re-

tina. Quest' à luogo d' ordinario bruscamente, ed affetta simultaneamente i due occhi. Può essere completa o incompleta; la congiuntiva non è mai affetta; il fondo dell' occhio è nero, la pupilla ordinariamente regolare è contrattata. L'amaurosi è spesso il preludio degli accidenti cerebrali, altre volte si manifesta dopo di essi, o pure è consecutiva alla colica. Essa à un'andamento rapido; la sua durata media non è che di quattro o cinque giorni; si è veduta di rado durare un mese. Sin ora si conosce un sol caso in cui la malattia sia stata incurabile; esso è stato riportato dal dottor Duplay, in un ottimo lavoro pubblicato da questo eccellente medico negli *Archives* (année 1834), sull'amaurosi saturnina.

Diagnosi — La paralisi saturnina è quasi sempre facile ad essere diagnosticata; quindi la professione dello ammalato, gli accidenti che l'anno preceduta, la sua sede circoscritta a certe parti del sistema muscolare, e specialmente agli estensori, in fine la mancanza de' segni che possono caratterizzare una lesione organica della midolla e del cervello, non lasceranno alcun dubbio sulla natura della malattia.

Pronostico. — La paralisi è una delle forme più pericolose dello avvelenamento saturnino, poichè è spesso incurabile. Il pronostico è tanto più grave quanto la paralisi è più completa, più antica e si è sviluppata più lentamente, e lo individuo è più debole. La paralisi de' muscoli respiratori è più pericolosa poichè compromette immediatamente la vita.

Cura. — La cura delle Charité, che alcuni anno raccomandato contro la paralisi, non conviene che quando questa è accompagnata dalla colica; nel caso contrario è inutile e spesso nociva perchè indebolisce gli ammalati. Quando la costituzione è deteriorata, bisogna innanzi tutto cercare di animare la nutrizione con un nutrimento succulento; coll' uso de' vini generosi, colle preparazioni della china-china e del ferro. Allo esterno, si usano le frizioni aromatiche ed eccitanti, le docciature sulla spina dorsale e sulle parti paralizzate, i bagni di mare, solforosi ferruginosi, naturali o artificiali. Sono stati pur anche vantati i rubefacienti ed i vasicanti sulle parti ammalate e sul tragitto dei principali tronchi nervosi. La elettricità, e specialmente l'elettropuntura è stata utile qualche volta. L' uso però della stricnina, consigliato dapprima dal Signor Fouquier è il medicamento che conta il maggior numero de' successi. Questo prezioso medicamento sarà dapprima amministrato internamente, incominciando da gramme 0, 007, 0, 009 (un ottovo o un sesto di grenello) poi si aumenta gradatamente sino a che si producono alcuni movimenti spasmodici ne' muscoli paralizzati; raramente si oltrepassano 10 centigramme. Si potrà pure impiegare la stricnina secondo il metodo endermico; quindi un vescicante essendo

stato applicato sulle parti paralizzate, si metterà alla sua superficie la stricnina alla dose di una centigramma dapprima, aumentando la dose successivamente sino a 7 o 10 centigramme, a seconda degli effetti ottenuti. Queste due maniere di amministrare la stricnina potrebbero essere impiegate simultaneamente, o pure l'una dopo l'altra. Ciò che abbiamo detto si applica egualmente nella paralisi del moto come anche in quella del senso. L'amaurosi si dissipa quasi sempre spontaneamente; però, se per poco dura, bisognerà far uso continuo de' vescicanti volanti nelle tempie ed al fronte, la stricnina e l'elettropuntura, dirigendo le correnti sul nervo frontale.

Natura.—La paralisi saturnina è, a propriamente parlare una malattia essenziale, poichè non si spiega nell'autopsia cadaverica mediante alcuna lesione distinta de' sistemi cerebro-spinale e ganglionare. Checchè ne sia, bisogna ammettere che la paralisi risulta da un'azione diretta esercitata dal piombo sul sistema nervoso, anzichè considerarla, con molti medici, siccome un effetto simpatico della colica, poichè questa manca qualche volta; quando esiste la prima, la paralisi non arriva che verso il suo declinare o quando è cessata: in fine abbiain detto non esservi alcuna correlazione tra la intensità delle coliche o la frequenza della paralisi.

DELLA PROFILASSI DELLE MALATTIE SATURNINE

Siamo persuasi star nelle mani dell'uomo di rendere meno frequenti i gravi accidenti che colpiscono sì spesso gl'individui i quali si trovano in contatto colle emanazioni saturnine. Per arrivare a questi felici risultati bisogna che, nella fabbrica o nello impiego delle diverse preparazioni di piombo, 1.° che si servano dei processi che meno spandono le particelle metalliche nell'atmosfera; 2.° che possa essere facilmente rinnovata, 3.° in fine, che s'impieghino mezzi meccanici i quali permettono all'operaio di respirare senza che l'agente tossico potesse penetrare nella economia.

1.° *Processi che meno spandono particelle metalliche.* — Bisogna, siccome è stabilito nella mia tese, che nelle fabbriche di cerussa si sopprima la *battitura* degli strati o la *spazzatura*: si separerà il carbonato dalle lamine di piombo alle quali è aderente, mediante un cilindro scanalato che si chiuderà in una impennata di legno ermeticamente chiuso. Le forme secche o umide, i mulini ed i stacci dovranno essere isolati nella stessa guisa; in fine la cerussa si lavorerà in contatto coll'acqua per quanto sia possibile. La maggior parte di questi mezzi si applica alle fabbriche del minio. Se trattasi di pittori, bisogna raccomandar loro di non riscaldar mai le sostanze ove travagliano e lasciare per quanto sia possibile le finestre aperte.

2.° *Rinnovare l'atmosfera.*—Per portar via le particelle saturnine sparse nell'aria, bisogna che i fabbricati siano vasti, ventilati, forniti di molte aperture per stabilir facilmente le correnti di aria le quali portan via prontamente la polvere ed i vapori distaccati. Nella mia tese ò citati de' fatti i quali provano questa necessità per le fabbriche di cerussa. Nelle miniere di piombo e nelle raffinerie, ed anche nelle fabbriche di minio e di liturgirio, la ventilazione sarà più particolarmente stabilita mediante i fornelli ed i tubi aerei; si sceglieranno in spezieltà i camini di richiamo di Darcet.

3.° *Mezzi per opporsi che le molecole saturnine penetrino ne' polmoni e nello stomaco.*—I mezzi meccanici atti ad impedire che l'operaio respiri la polvere saturnina consistono nell'applicazione dell'apparato Paulin, o anche si applicano sulla bocca e sulle narici le spugne bagnate nell'acqua resa stimolante coll'acido solforico. In fine, vi sono certe regole igieniche che l'operaio dovrà osservare: quindi non preparerà giammai i suoi alimenti e non prenderà alcuno de' suoi pranzi nel fabbricato; prenderà un bagno col sapone in ogni settimana, si nutrirà bene e non commetterà alcun eccesso, e farà alcun poco di esercizio: in fine se addivien magro e pallido, dovrà rinunciare a' suoi lavori e cercherà un'altra occupazione. Non bisogna riporre alcuna confidenza ne' mezzi preservativi impiegati da' alcuni medici come il tabacco, consigliato da Henckel ed Hoffmann, e la limonca solforica vantata dal Signor Gendrin. Abbiamo provato (Thèse p: 65) che gl'individui i quali avevano bevuto questa tisana, lungi dall'essere preservati dalla colica, sembrano invece essere più prontamente colpiti di quelli che non ne avevano fatt'uso.

Comunque buone però potessero essere le precauzioni che abbiamo raccomandate, tornerà difficile d'impedire completamente la manifestazione delle malattie saturnine. Bisogna dunque cercare i mezzi di diminuire per quanto sia possibile il numero degli artefici, e restringere nello stesso tempo l'uso di certe preparazioni di piombo sostituendone delle altre. Quindi si può diminuire il numero delle braccia applicando le macchine a vapore alla fabbrica della cerussa, il che produce anche un mezzo economico. Si è pur anche cercato di sostituire, nelle pitture ad olio, il carbonato di piombo dal carbonato e l'ossido di zinco, o dall'ossido di antimonio (fiori argentini). Se questa sostituzione avesse luogo, la numerosa classe de' pittori di stanze sarebbero al coverto delle malattie saturnine. Chi si oppone a questo cambiamento?...l'uso. Le autorità però dovrebbero introdurre questa miglioria. In fatti son persuaso che, se ne' lavori di tutte le grandi amministrazioni pubbliche, s'imponesse per condizione agl'intraprenditori di sostituire al bianco di piombo

l'ossido di zinco, questa pratica troverebbe tosto numerosi imitatori tra i particolari. Non ostante qualunque precauzione però, siccome gli artefici che lavorano la cerussa ed il minio, non possono mai essere preservati dagli attacchi perniciosi del piombo, vorremmo che, per una grande misura di salubrità pubblica, il governo non permettesse mai la fabbrica di questi prodotti che nello interno de' bagni. Pare impossibile vedere tutti i giorni giovani validi e robusti, come i soldati congedati e molti individui di qualunque professione i quali, per mancanza di lavoro, e per bisogno ed a poco prezzo travagliano nelle manifatture di piombo, dove molti periscono, ed un maggior numero van soggetti a molte infermità incurabili, che li privano per sempre di potersi guadagnar la vita. Se le arti non possono privarsi della cerussa e del minio, se la scienza è impotente per preservare l'umanità dalle emanazioni perniciose che si distaccano nella fabbrica di questi prodotti, se fa d'uopo aver delle vittime, non è forse meglio che ciò accada tra quelli esseri degradati che la giustizia ha esclusi dalla società, anzichè tra coloro che sono i più validi della classe operaria?

AVVELENAMENTI COL MERCURIO E SUE PREPARAZIONI

Come le preparazioni saturnine, i composti mercuriali possono produrre due specie di effetti tossici: gli uni, di corso acuto, anno luogo dietro la introduzione brusca nella economia di una grande quantità di materia velenosa; gli altri, lentamente sviluppati, sono prodotti dalle emanazioni metalliche o dall'amministrazione delle preparazioni mercuriali a dosi rifratte: tali sono l'idrurgia, il tremito mercuriale, la cachessia mercuriale ed il ptialismo.

AVVELENAMENTO CO' COMPOSTI MERCURIALI, E SPECIALMENTE COL DEUTOCLORURO

Caratteri anatomici. — Il deuto cloruro di mercurio è uno de' veleni irritanti i più energici del regno inorganico. Le parti del tubo digestivo colle quali è messo in contatto addiventano rosse infiammate, ecchimosate, qualche volta superficialmente ulcerate: i polmoni sono spesso infiammati, ed il cuore disseminato di macchie nere ecchimotiche.

Sintomi. — I sintomi prodotti dalla introduzione nello stomaco di una forte dose di sublimato sono: un sapore acre, stitico, un senso di stingingimento alla gola, un dolor lacerante in tutte le parti toccate dal veleno (bocca, faringe esofago, stomaco, intestini): vi sono nausea, vomiti mucosi, sanguinolenti, una diar-

rea abbondante; gli ammalati sono abbattuti; i battiti del cuore sono lenti, profondi, appena sensibili; il polso è piccolo, filiforme, la respirazione lenta; la pelle fredda; la oppressione estrema; gli ammalati hanno sincopi e qualche volta convulsioni. Nella maggior parte, la pelle addiviene insensibile, la segregazione urinaria è diminuita o sospesa; qualche volta avvi eiezioni dolorose sin dal primo e secondo giorno; un ptialismo abbondante si manifesta; in fine la morte à luogo dal primo al quarto giorno. La maggior parte degli ammalati conservano sino all'ultimo momento la integrità della loro intelligenza; altri, periscono in uno stato di coma. Il sublimato esercita dunque una doppia azione; la prima è locale, la seconda è generale e consecutiva allo assorbimento.

Cura. — Chiamato da un individuo avvelenato dal sublimato, il Signor Orfila vuole che s' incominci a far prendere molti bicchieri, di bianchi e di gialli di uovo sciolti nell'acqua (12 a 15 in un litro di acqua). In mancanza si sazi l'ammalato di una decozione di semi di lino, di acqua di risi o pure di acqua semplice: l'albumina agisce e come vomitivo o come decomponente il sublimato. In questi ultimi tempi il signor Mialhe à proposto come antidoto il protosolfuro di ferro idrato, corpo inerte, ma fornito della proprietà di decomporre istantaneamente il sublimato e dar luogo ad un cloruro di ferro e ad un bisolfuro di mercurio, sostanze affatto incapaci di offendere. Il signor Bouchardat propone anche il ferro ridotto dall'idrogeno, o pure una miscela di due parti di ferro porfirizzato e di una parte di zinco. Più di recente ancora, il signor Poumet aveva consigliato l'uso del protocloruro di stagno dato a dose doppia di quello del veleno; però il signor Orfila à provato in un lavoro, letto nel 1847 all'Accademia di medicina, che quest'antidoto non aveva alcuna efficacia, e che il suo uso poteva anche essere pericoloso.

Il nitrato di mercurio, il bromuro, il ioduro, il protossido, il deutossido di mercurio, agendo come il sublimato se ne combatteranno gli effetti cogli stessi mezzi. Il cianuro di mercurio differisce un poco da' precedenti in quanto che à solamente un'azione locale debolmente irritante, mentre che i sintomi generali precedentemente descritti predominano. In quest'ultimo avvelenamento, l'acqua albuminosa è priva di effetto. Dunque si farà vomitare l'ammalato solleticando l'ugola; si sazierà di acqua calda, poi si combatteranno gli accidenti infiammatori. Nello avvelenamento del cianuro, è contro indicato il protosolfuro di ferro idrato ed anche il ferro ridotto dall'ossigeno, perchè risulterebbe allora l'acido idrocianico, più velenoso del cianuro di mercurio.

EFFETTI TOSSICI DE' VAPORI MERCURIALI, DEL MERCURIO ESTREMAMENTE DIVISO, E DELLE SUE PRINCIPALI PREPARAZIONI A DOSI RIFRATTE

Gli accidenti che risultano dello assorbimento del mercurio e dalle sue principali preparazioni, quando queste sostanze sono introdotte nella economia, sono di quattro specie: cioè; la stomatite mercuriale, l'idrargiria, il tremito mercuriale e la cacherisia. Abbiain parlato della stomatite mercuriale; ci rimane ora a trattare delle tre altre malattie.

DELL' IDRARGIRIA

L'idrargiria è una specie di eczema che si sviluppa dopo l'uso interno o esterno del mercurio ed è caratterizzata da una eruzione di vescichette sopra alcune superficie rosse di una estensione più o meno considerabile. Questa malattia, rarissima in Francia, è più comune in Alemagna, dove è stata descritta accuratamente da Alley, il quale ne ha ammesso tre varietà, descritte sotto i nomi d'idrargiria *mitis*, *febrilis* et *maligna*.

Sintomi. — A prima vista, l'idrargiria *mitis* sembra consistere semplicemente in una leggiera efflorescenza color di rosa; situando però le parti tra l'occhio e la luce, ed osservando da vicino, o meglio ancora fornendosi di una lente, si vede una eruzione di piccolissime vescichette trasparenti, precedute da un senso di calore vivo e di cuociore, e che compariscono principalmente alla parte interna e superiore delle cosce, allo screto, agli inguini, alla parte inferiore dell'addome, ed anche, ma di rado, su tutta la superficie cutanea. La efflorescenza si fa pallida, poi scompare; ora avvi desquamazione dell'epidermide, ora non si osserva affatto. Se si continua l'uso del mercurio, l'idrargiria è preceduta da mal'essere e da freddi; avvi febbre, e la eruzione è accompagnata da prurito e da calor della pelle, la superficie è rugosa sotto il tatto. L'idrargiria febbrile somiglia molto, ne' due primi giorni, al morbillo. Le macchie isolate si riuniscono tosto, e formano delle piastre di diversa figura e grandezza. Le vescichette acquistano il volume della testa di un punteruolo; finalmente la desquamazione à luogo verso il quarto giorno, è preceduta da male di gola, dietro di che si distacca l'epitelio del velo palatino e quello della faringe. L'epidermide può sfogliarsi, e molte volte dopo lo sviluppo della malattia. In questi casi si osservano pure gli accidenti più gravi, che caratterizzano la forma *maligna* della idrargiria. Il calore della pelle addivie-

ne allora considerabile (42.° cent.); la gola e le tonsille sono dolorosissime; la eruzione presenta un colorito carico o di porpora; il volto è gonfio di molto; la fisionomia è scontrafatta, e le palpebre si gonfiano sino a chiuder gli occhi; le vescichette, più numerose e specialmente più grosse mandano un umore che esala un odor fetido, disgustoso, paragonato ad un odor forte di pesce. La desquamazione à luogo all'ottavo o decimo giorno soltanto, cioè più tardi che nelle due forme precedenti; le piastre sono larghe, e come nella scarlattina, l'epidermide della mano, può distaccarsi quasi per intero, come una pelle di quanto: poscia àno luogo certe croste dense che si separano a guisa di lamine gialle; un'altra crosta succede ad un novello scolo di siero, e ciascuna novella desquamazione scovre una superficie meno rossa della precedente. In fine il trasudamento finisce, l'epidermide normale à luogo; però la pelle può rimanere per lungo tempo aspra e squamosa; le unghie possono distaccarsi. In questa forma, il polso è forte e duro; l'ansietà è grande; avvi oppressioni, dispnea, una tosse che stanca, dolori nel petto e nella gola; avvi pure molta debolezza, grande oppressione, diversi accidenti nervosi. Alcuni ammalati periscono: Alley, il quale nel 1810 à pubblicato in Inghilterra alcune ricerche sulla idrargiria, à perduto, forse per le complicazioni, otto ammalati su quarantatre.

L'idrargiria non potrebbe confondersi coll'eczema acuto, e ne differisce in quanto che la eruzione è più generale, è accompagnata da infiammazione della bocca e della gola, e perchè la materia contenuta nelle vescichette esala un odor fetido, e la desquamazione à luogo dal quarto all'ottavo giorno.

Questa malattia, in generale, di nessun pericolo, riconosce sempre per causa l'uso del mercurio. La cura consiste nella sospensione di questo rimedio, nelle lavande fresche, nell'uso de' bagni tiepidi, di alcuni purganti e bevande acidole. L'oppio è utile per calmare i dolori; i salassi ed i tonici convengono solo in alcuni casi eccezionali e per alcune indicazioni speciali.

DEL TREMITO MERCURIALE

Coloro che lavorano il mercurio sono spesso colpiti da un tremito particolare delle membra, la cui descrizione è stata data, or sono trent'anni, dal signor Mèrat.

Sintomi, corso.—La malattia sviluppa raramente in un modo istantaneo; ma quasi sempre si manifesta progressivamente: quindi l'operaio si accorge prima che le sue braccia sono meno sicure, meno forti del solito; essi vacillano, poi fremono, finalmente tremano (Mèrat). Lo stesso progresso à luogo nelle membra inferiori; il tremito arriva a tanto da rendere impossibile qualunque lavoro manuale. Gli ammalati colpiti da questa malattia sono qua-

si tutti pallidi, languidi; le carni sono molli; la parola è qualche volta stentata, imbarazzata, come se i muscoli della lingua partecipassero del disordine de' muscoli delle membra. Questi sono agitati involontariamente da piccoli scosse, siccome si osserva in molti vecchi, per effetto della età; il camminare è barcollante, incerto; qualche volta non può aver luogo se non quando l'ammalato si appoggia ad un corpo solido: le membra superiori sono più affette delle inferiori, e la malattia incomincia sempre da esse. Quindi allorchè il tremito è intenso gli ammalati non possono portare alcun liquido alla bocca, senza rovesciarlo; ed anche nessun alimento solido a causa della difficoltà in cui si trovano di poter ben dirigere l'oggetto (Mérat): molti di questi infelici sono obbligati di prendere il loro nutrimento colla bocca a guisa dei quadrupedi, se non ricorrono a qualch' uno che li aiutasse a mangiare. Però di rado la malattia giunge a questo grado.

Il tremito mercuriale offre molte variazioni da un giorno all'altro. Il suo corso è lento; di rado dura meno di due mesi; in molti la malattia migliora ma non finisce. Spesso è capace di recidivare se gli ammalati si espongono di bel nuovo alle stesse influenze. Credo non esistere esempio di morte occasionata dal tremito mercuriale.

Diagnosi.—Vedremo in seguito essere cosa facile poter distinguere il tremito mercuriale dalla correa, la sola malattia colla quale si potrebbe confondere. Avendo riguardo alla età degli individui, alla professione che esercitano, ed al modo col quale la malattia è sviluppata, si giungerà a distinguere il tremito metallico da quello senile.

Pronostico.—Il tremito mercuriale è grave in ragione della sua ostinazione che spesso è incurabile.

Etiologia.—Rarissime volte si vede il tremito mercuriale aver luogo nel corso di una cura di questo metallo. La maggior parte degli autori dicono anzi che non abbia mai luogo in questo caso. I fatti però riportati dal Signor Colson dimostrano nel modo il più positivo che il tremito può essere prodotto quando il mercurio è stato dato come medicamento. Esso produce questo effetto specialmente quando si amministra sotto forma di frizioni. Quasi sempre poi il tremito si manifesta solo in quelli che per lo stato sono sottoposti all'azione del metallo molto diviso, sia pel calore, sia per la triturazione; quindi la malattia si osserva in preferenza negli indoratori, negli argentatori, in quelli che passano lo stagno, che applicano il mercurio per fare gli specchi, che fabbricano barometri, ec. La malattia sembra essere più comune nell'inverno che nell'està, perchè nei tempi freddi, gli operai sono chiusi ne' fabbricati molto riscaldati, colle porte e finestre chiuse, e senza corrente di aria che potesse portar via i vapori metallici. I patemi morali, i dispiaceri

gli eccessi sembrano predisporre gl' individui a provarne gli effetti.

Cura. — Il tremito mercuriale può guarire spontaneamente col semplice allontanamento della causa, però di rado. La sola cura della quale la esperienza à dimostrato la utilità consiste nell' uso de' sudoriferi, come la polvere di Dower, le decozioni di schina, di salsapariglia e di guaiaco edulcherati collo sciroppo di Cuisinier, ed alle quali si aggiungono da 16 a 30 gramme di acetato di ammoniaca per pozione. I bagni caldi, specialmente i bagni a vapore, àno pure una grande efficacia. Questa cura deve essere seguita con perseveranza. Ignoriamo il modo di azione de' sudoriferi per guarire la malattia; alcuni pensano che siano utili provocando l'eliminazione del mercurio per la via della pelle; però niente à provato che questa sia la loro maniera di agire. Si possono prevenire, o almeno rendere meno frequenti i risultati pericolosi de' vapori mercuriali collocando gli operai nelle vaste fabbriche, ventilate, dove sono depositati i fornelli di richiamo.

DELLA CACHESSIA MERCURIALE

Gl' individui i quali, o per lo stato o in forza delle indicazioni terapeutiche, sono sottoposti per qualche tempo all' azione dei mercuriali, possono cadere in uno stato particolare di cachessia, che à fissato per molto tempo l' attenzione de' medici, e sul quale i signori Trousseau e Pidoux àno pubblicato alcune importanti osservazioni. Quindi coloro de' quali è parola cominciano ad impallidire, le carni sono flosce, tutte le funzioni languiscono, la faccia è gonfia, le gengive si distrugono; i denti vacillano e cadono senza esser cariati o dopo essersi guastati: le ossa mascellari si cariano e cadono nella necrosi; il sangue tirato dalle vene è molle, fluente, meno ricco di fibrina, ciò che spiega la tendenza che avvi alle emorragie passive. Queste àno luogo specialmente dalla bocca, nella spessezza della pelle o alle superficie delle soluzioni di continuo. In questo stato, le gambe s' infiltrano, vi sono palpitazioni, anelito e sincopi; l' appetito si perde, le digestioni sono stentate, e la diarrea, la quale presto si manifesta, aggiunge alla debolezza degli ammalati, i quali presentano in oltre un apparato febbrile che si associa ad un grande abbattimento del polso. Spesso si osservano diversi disturbi de' centri nervosi; quindi, indipendentemente dal tremito di cui abbiam parlato, si osserva l' ebetudine, il torpore intellettuale; alcuni àno un delirio maniaco, con alienazioni; infine più di rado, si manifestano gli accessi convulsivi.

La cachessia mercuriale si manifesta ordinariamente in pochi giorni quando è prodotta dalla cura attiva dell' idrargirio.

Succede, per lo contrario, lentamente quando si manifesta nelle condizioni che abbiamo vedute precedentemente determinare il tremito metallico. La cachessia mercuriale può alcune volte produrre la morte; in generale è una malattia ostinatissima. Torna inutile dire che il mercurio esercita un'azione profonda tanto su i solidi che su i liquidi perchè è assorbito. In fatti si è rinvenuto frequentemente nello stato libero nella trama de' nostri tessuti. Fatti di simil genere sono stati veduti, specialmente dai signori Colson, Velpeau e Gérardin.

Bisogna combattere la cachessia mercuriale con una cura analeptica, corroborante. Si amministrerà il ferro in preferenza alle preparazioni di oro, che Dietrich ha raccomandate in simili casi. Il delirio acuto sarà curato coll'oppio, siccome lo diremo parlando del *delirium tremens*.

DEGLI ACCIDENTI PRODOTTI DAL VETRO E DALLO SMALTO IN POLVERE

Alcuni anno esagerato i pericoli del vetro ingoiato, altri ne dubitano; è però dimostrato che il vetro ridotto in piccoli frammenti può offendere le pareti del tubo digestivo. Questa sostanza non agisce per le sue proprietà tossiche, ma solamente in modo meccanico: ecco perchè ne parliamo in questo luogo solamente sotto il punto di vista del metodo curativo.

Chiamati in un individuo che à trangugiato il veleno, bisogna sollecitare di espellerlo per mezzo de' vomiti. Ma siccome è da temersi che nelle contrazioni convulsive dello stomaco i frammenti di vetro si potrebbero insinuare nelle pareti del viscere, bisognerà dapprima far trangugiare all'ammalato una grande quantità di sostanze capaci d'immischiarsi coi corpi estranei e rendere il loro passaggio a traverso dello esofago e dell'intestino meno pericoloso. In questo scopo, all'esempio di Portal, si farà prendere una grande quantità di mollica di pane, di fagioli, di pomi di terra o di cavoli.

DEI VELENI IRRITANTI VEGETABILI

I veleni irritanti vegetabili, tra i quali citeremo specialmente la *scialappa*, la *brionia*, la *gomma gotta*, la *versiera*, l'*euforbio*, la *celidonia*, la *ruta*, la *creosota*, determinano le coliche, i vomiti e la diarrea, cioè la maggior parte de' sintomi che producono le sostanze minerali corrosive.

In questo avvelenamento, bisogna trangugiare una grande quantità di bevanda emolliente, albuminosa, favorire ed an-

che provocare il vomito, quando si è chiamato poco dopo la introduzione del veleno. Ma tosto i sintomi della infiammazione che si sviluppano, richiedono l'uso degli antilogistici.

DE' VELENI IRRITANTI PRESI DAL REGNO ANIMALE

DELL'AVVELENAMENTO COLLE CANTARIDI

Le cantaridi trangugiate intiere o in polvere possono, si dice, anche alla dose di 40 a 50 centigramme, determinare accidenti più o meno gravi di avvelenamento.

Alterazioni cadaveriche.—Quando il veleno è stato introdotto negli organi digestivi, questi si trovano infiammati ecchimosati; alcune volte un liquido sanguinolento vi è stravasato; nelle mucosità e nelle materie intestinali esistono delle strie di un verde o di un giallo dorato, con un lucido brillante, e che altra cosa non sono che la polvere di cantaridi. Risulta dalle ricerche del Signor Poumet, inserite nella sua tesi (1842), che, ventisei giorni dopo l'introduzione delle cantaridi, queste si possono rinvenire alla faccia interna dello stomaco e dello intestino, co' quali sembra combinata, purchè si abbia la precauzione di gonfiare o far disseccare questi organi. D'altronde qualunque sia la via per la quale il veleno è stato introdotto, il più delle volte si rinviene lo arrossimento ed anche una vera infiammazione, colle false membrane di alcuni degli organi genito-urinari; il pene è stato pur anche trovato cangrenato (Vedi *Cistite*).

Sintomi. — Quelli che trangugiano le cantaridi provano un sapore acre, una sete intensa, dolori vivi all'epigastrio dapprima poscia in tutto il ventre, accompagnati da vomiti e da scarichi ventrali spesso sanguinolenti. Molti ammalati accusano un senso di calore, di ardore verso la vescica e l'uretra: avvi stranguria; l'urina, emessa quasi a goccia, è spesso sanguinolenta e mista a pseudo-membrane più o meno voluminose: in fine in alcuni casi, ma non sempre, siccome molti lo credono, avvi priapismo ed un vivo eccitamento degli organi genitali. Nella maggior parte di quest'individui, il polso è accelerato ed il calore scottante. Gli uni provano un sopraccitamento, essi delirano, soffrono movimenti convulsivi, tetanici; altri poi, sono intormentiti, provano lipotimie, sincopi e cadono in uno stato comatoso.

Cura.—Chiamato poco dopo che il veleno è stato ingoiato, bisogna tosto determinarne l'uscita solleticando l'ugola o amministrando una bevanda abbondante e nauseante; si combatteranno poi gli accidenti infiammatori co' salassi generali e locali, colle

bevande dolci, coi fomenti ed i bagni emollienti. Alcuni accidenti richiedono mezzi speciali; quindi certi fatti dimostrano che la canfora sola o unita all'oppio ed amministrata in pillole, per frizione sul perineo o l'ipogastrio, e per clisteri, è utile per moderare i sintomi di eccitamento che si manifestano per parte degli organi genito-urinari. Ne' casi di collasso, bisognerà rianimare l'individuo mediante i cordiali e gli eccitanti diffusivi (vino, etere; ammoniaca); crediamo però cosa pericolosa di considerare, siccome lo à fatto Gineomini e la scuola del contro-stimolo, questi agenti dotati della facoltà di costituire la base della cura, perchè la ragione e la esperienza provano che non sono utili meno che nel caso speciale che abbiamo indicato.

DELLO AVVELENAMENTO CO' DATTERI DI MARE ED ALTRE CONCHIGLIE

I datteri di mare spesso sono causa di alcuni accidenti; questi dipendono in generale, meno dalla qualità della conchiglia che dalla idiosincrasia degli individui. D'altronde non si osservano che i sintomi ordinari di una indigestione, e spesso un prurito alla pelle accompagnato o pur no da urticaria. Questi sintomi non cominciano che tre o quattro ore dopo il pranzo. In alcuni casi però, l'uso de' datteri di mare determina i veri sintomi di avvelenamento. Quindi oltre il mal' essere, l'epigastria, e la soffocazione, le evacuazioni per alto e per basso, e la sete, si veggono gli ammalati appassirsi, i loro estremi sono freddi; essi hanno lipotimie, sineopi; il polso è piccolo, frequente; purtuttavia questi accidenti sono di rado tanto gravi da produrre la morte. S' ignora ancora quale sia la modifica che la conchiglia à subito in questi casi. Gli uni credono ad un'alterazione putrida dell' animale (Burrows); altri ammettono che questo si nutrice di una materia nociva chiamata *crassa* (Lamoureaux), o piccole stelle di mare (Breumic, Du Rondeau), o pure che contiene delle particelle di rame perchè sarebbe stato raccolto sulla ossatura di qualche vecchio naviglio foderato di rame (Bouehardat).

Cura.—La prima indicazione consiste ad eccitare il vomito amministrando un emetico. Se le materie sono penetrate nello intestino, se ne favorirà l'uscita mediante i clisteri ed anche alcuni lassativi blandi, come l'olio di ricini. Internamente si amministrerà una bevanda leggermente acidola, e si combatteranno gli accidenti nervosi coll'etere, l'acqua vita, il rum; poscia s'impiegheranno i mezzi atti a moderare la infiammazione consecutiva.

SECONDO GENERE DI AVVELENAMENTI

DELLO AVVELENAMENTO CO' NARCOTICI
E SPECIALMENTE DELLO AVVELENAMENTO
COLL' OPPIO

Quando i medicamenti conosciuti sotto il nome di *narcotici* sono amministrati a dose avanzata, determinano un peso alla testa, vertigini, con senso di gravezza, un delirio più o meno manifesto, nausea, vomiti, e ad un periodo più avanzato uno stato comatoso, apopletico, il quale precede la morte. Allo insieme di questi fenomeni si dà il nome di *narcotismo*. Le sostanze che producono il più delle volte questo stato sono: l'*oppio* ed i suoi diversi preparati, il *solatro*, la *lattuca virosa*, il *giusquiamo* e la *belladonna*. Essi hanno tutti gli stessi effetti; quindi tutto ciò che diremo dell'*oppio* potrà applicarsi a tutte le altre. Da ciò che precede, si vede che i veleni narcotici agiscono su i centri nervosi consecutivamente al loro assorbimento; essi non esercitano alcun'azione manifestamente irritante sulle superficie colle quali sono in contatto. Ciò si applica anche per la *belladonna* e per gli alcoolici, che a torto dunque sono stati classificati tra le sostanze *narcotico-acri*.

La quantità dell'*oppio* necessaria per produrre il narcotismo varia secondo lo stato di salute o di malattia, secondo la età degl' individui e la loro idiosincrasia. Quindi abbiain veduto il narcotismo aver luogo in una dama dopo avere ingoiato 3 centigramme di oppio; 20 centigramme sono state anche sufficienti per uccidere gli adulti, ed una o due gocce di laudano possono essere mortali per un neonato. Il veleno è assorbito con molta facilità quando s' inietta nel retto, o quando si applica sopra una piaga denudata. Cade dubbio se il narcotismo possa essere prodotto quando la pelle è ancora protetta dall' epidermide.

Alterazioni cadaveriche.—In quelli avvelenati coll'*oppio*, si trovano i polmoni poco crepitanti e zeppi di un sangue nero: i vasi cerebrali sono distesi da questo liquido; la sostanza fortemente iniettata; la dura madre è infiltrata di siero; il sangue contenuto nel cuore e ne' grossi vasi è generalmente nero e fluido; spesso è anche riunito a grumi, ma questi sono poco resistenti.

Sintomi.—A dosi moderate, ma tossiche, l'*oppio* produce i sintomi di ubriachezza, come sarebbe peso di testa, vertigini, delirio, esaltamento de' sensi ed anche degli organi genitali; il calore de' ligamenti aumenta più o meno, il polso acquista for-

za e frequenza. La pelle è anche la sede di un prurito insopportabile senza che vi si osservi alcuna distinta lesione; altra volta presenta alla sua superficie diverse eruzioni, come la empetigine, l'orticaria e l'eczema. A questo eccitamento succede tosto uno stato di torpore e di sonno che può durare sei o dodici ore, dopo il quale gl'individui rimangono per qualche tempo stanchi, pesanti, con gravezza della testa ed una sete viva.

A dose maggiore, il veleno eccita i vomiti o almeno le nausee; la bocca è arida; avvi sete, costipazione; la segregazione delle urine è diminuita o anche sospesa. Gli ammalati cadono in un profondo abbattimento; i loro occhi sono immobili ed iniettati; la pupilla è spesso contrattile o pure ristretta; in altri è larga ed immobile; le membra sono nella risoluzione; la respirazione è libera, spesso stentata e stertorosa ed interrotta; la faccia è pallida o violacea, il polso largo, duro, lento, o pure piccolo è frequente; la pelle, spesso fredda, marmorea, è coperta di sudori. Alcuni ammalati provano di tempo in tempo rigidità e convulsioni, la morte à luogo in generale, nel coma o con i sintomi di asfissia. Quando gl'individui riprendono la salute, incominciano ad essere sensibili agli agenti esterni, e ricuperano a poco a poco la conoscenza; a quest'epoca, d'ordinario sentono un prurito estremamente penoso, accompagnato o pur no da sudore. La maggior parte di coloro che periscono muoiono, secondo il Signor Cristison, tra sette e dodici ore dopo avere introdotto il veleno: quasi tutti quelli che oltrepassano la quindicesima ora gnariscono.

Nello avvelenamento colla morfina ed i suoi sali, si osservano a poco presso gli stessi accidenti che si rinvengono nello avvelenamento dell'oppio; vi sono però alcuni fenomeni che si osservano più specialmente nel primo caso, son dessi: le nausee, l'aridità della bocca, i vomiti biliosi, il prurito sempre intenso, i sudori abbondanti, il restringimento della pupilla, che avrebbe luogo diciotto o diciannove volte su venti, la diminuzione della segregazione urinaria, specialmente nell'uomo.

La belladonna produce tutti gli accidenti de' narcotici; però lo avvelenamento con questa pianta si distingue in spezieltà per la dilatazione costante della pupilla e pe' disturbi nervosi; i quali, senza essere necessari, si osservano almeno in alcuni casi; tali sono l'afonia, i movimenti spasmodici, con delirio apiretico, ordinariamente allegro, stravagante, qualche volta furioso, senza segni di congestione cerebrale, accompagnato spesso da illusioni o da allucinamento della vista e dell'udito: questi fenomeni sono seguiti da sopore, e qualche volta alternano con quest'ultimo. Lo avvelenamento con le bacche della belladonna è raramente mortale; molti di questi ammalati però conservano per molte settimane le vertigini, i tremiti ed i disturbi della vista.

Cura.—Fa d'uopo sollecitare l'uscita del veleno amministrando 15 o 25 centigramme di emetico; altri preferiscono il solfato di zinco (49 centigr.) o di rame (60 centigr.); se il veleno è stato introdotto nel retto si darà un clistere purgativo. È stata attribuita a molti corpi la proprietà di antidoti dell'oppio; i principali sono: il tannino, la noce di galla, la tintura di iodo, la soluzione di bromo, il cloro, la canfora, sostanze la cui utilità è dubbia, secondo il Signor Duvergie. Però da che il signor Orfila à provato che una decozione acquosa di noce di galle, versata in una soluzione di oppio, forma un precipitato meno velenoso dello stesso oppio, àno proposto di neutralizzare l'agente tossico dando la soluzione di cui è parola, però deve essere molto concentrata. Il Signor Orfila insiste perchè prima di tutto si procedi ad estrarre i liquidi contenuti nello stomaco, mediante la siringa imaginata per quest'uso. Mancando questo strumento ed essendo obbligati di sbarazzare lo stomaco cogli emetici, si eviterà con molta cura di sciogliere questi rimedi in una grande quantità di acqua; bisognerà pure evitare, sotto qualunque pretesto, d'introdurre nello stomaco molti liquidi mucilluginosi o anche soltanto acquosi, perchè sciogliendo il veleno, si attiverrebbe indubitabilmente lo assorbimento. Ciò che diciamo in questo luogo, si applica pure agli acidi vegetabili (aceto, cetra, acido tartarico) i quali sono stati molto raccomandati come antidoti dell'oppio; però il Signor Orfila à provato che questa opinione era erronea. In fatti, egli à dimostrato sperimentalmente che gli acidi non convengono in questo avvelenamento se non quando il veleno è stato evacuato, e se si dassero mentre questo è ancora contenuto nello stomaco, si aumenterebbero gli accidenti, atteso che queste sostanze àno la proprietà di sciogliere le parti attive dell'oppio.

Il caffè in infusione e la canfora non sono affatto de' controveleni; però sono utili, specialmente il primo per combattere lo stato di collasso. Questi medicamenti possono essere amministrati sin dal principio, il che non può aver luogo per gli acidi. La canfora sarà prescritta per clisteri. Oltre questi mezzi, è spesso necessario di cavar sangue dal braccio, dalla giugulare, o colle sanguisughe applicate al collo, quando la congestione cerebrale è troppo forte e l'individuo è pletorico. In fine, nel narcotismo con asfissia, le frizioni aspre sulla pelle, e spesso l'artificiale respirazione, àno richiamato in vita molti ammalati il cui stato era disperato.

AVVELENAMENTO COLL' ACIDO IDROCIANICO

L'acido idrocianico è il veleno il quale agisce il più sollecitamente ed a piccola dose: è uno tra tutti i veleni conosciuti il più attivo, uccide qualche volta istantaneamente. Una sola goccia può far perire un cane dopo due o tre inspirazioni.

Alterazioni cadaveriche. — La fluidità del sangue, la congestione de' principali visceri, specialmente de' polmoni e dei seni della dura madre, l'arrossimento dell'albero respiratorio, sono le lesioni più costanti; in oltre i cadaveri esalano spesso un odore di mandorle amare.

Sintomi. — Quando la morte non è istantanea, l'ammalato prova vertigini, sbadigli, dispnea, cade privo di conoscenza, e spesso di senso e di moto. La pupilla è fissa, dilatata, la respirazione rumorosa, difficile, una schiuma sanguinolenta esce dalla bocca, il polso è piccolo frequente, la pelle fredda; le mascelle strette; qualche volta vi sono movimenti convulsivi violenti. La morte à luogo dopo alcuni secondi o dopo alcune ore di un coma profondo. Se la malattia guarisce, ricupera a poco a poco la ragione; ritornato a se medesimo, conserva per sei o ott'ore le vertigini ed un'ansietà precordiale penosissima. Da ciò che precede ne risulta che l'acido idrocianico esercita rapidamente un'azione stupefaciente su i centri nervosi.

Cura. — Numerose esperienze hanno provato che il cloro era l'antidoto dell'acido idrocianico. Si mischia 1 parte di cloro liquido concentrato con 4 parti di acqua. Si mette una spugna bagnata di questo liquido sotto il naso, sulla bocca o sulle tempie e le guance. In mancanza del cloro si usa l'ammoniaca, o piuttosto un'acqua leggermente ammoniacale, come il Sig. Orfila lo vuole (1 parte di ammoniaca e 12 di acqua), che si fa inspirare, o pure si strofina con questo liquido la superficie del corpo, e specialmente le tempie. L'ammoniaca non agisce in virtù di alcuna proprietà chimica, ma solamente come stimolante del sistema nervoso. Il dottor Herbst e poscia il Signor Orfila hanno dimostrato l'utilità delle bagnature fredde ne' casi di cui è parola: questo mezzo è forse anche il più efficace in tutti i casi che sono stati proposti. Queste bagnature si praticheranno versando sulla testa e sulla colonna vertebrale l'acqua fredda per quanto sia possibile: poi si collocherà sulla testa una vescica piena di ghiaccio. Le sanguisughe non convengono che ne' casi eccezionali e per combattere la congestione. Torna inutile dire che se il veleno esistesse ancora nello stomaco nel momento in cui si è chiamato, bisognerebbe tosto amministrare un energico emetico.

L'acqua di lauro ceraso, presa in grande quantità, il cianuro di potassio, alla dose di alcune centigramme soltanto, e le

mandorle amare, agiscono nello stesso modo dell'acido idrocianico. Per conseguenza, bisogna combattere l'avvelenamento prodotto da queste sostanze, mediante i mezzi che abbiamo sopra indicato.

EFFETTI TOSSICI DELLE BEVANDE ALCOOLICHE

L'alcool e le bevande fermentate debbono essere collocate nella classe de' narcotici anzichè in quella de' narcotici-acri siccome è stato generalmente praticato. Lo avvelenamento alcoolico determina tre ordini di accidenti, cioè: l'*ubriachezza*, il *delirium tremens* e la *combustione spontanea*.

DELLA UBRIACHEZZA

L'uso de' liquori fermentati produce dapprima una insolita attività nella circolazione; la temperatura del corpo si eleva, la perspirazione cutanea e la segregazione urinaria sono attive, le facoltà intellettuali si esercitano con più energia, e lo individuo prova uno stato di ben essere. Ad un grado più avanzato, lo esaltamento cerebrale è tale, che la ragione e la volontà hanno già perduto i loro diritti; ecco incominciata l'*ubriachezza*, il cui carattere varia secondo gl'individui. Quindi gli uni sono loquaci straordinariamente, una gioia facinorosa, stravagante; altri sono cattivi, litigiosi, il loro furore può trasportarsi sino alla mania, mentre che un certo numero provano, per lo contrario, tristezza e malinconia. Però in mezzo a questo esaltamento, la contrattilità muscolare è diminuita, pervertita, e ciò rende i movimenti incerti ed il camminar traballante. Molti sono presi da nausea e da vomiti, tosto avvi oppressione, e gl'individui obbediscono ad un sonno irresistibile. Se la quantità degli alcoolici trangugiata è molta, si osserva un vero stato comatoso, la faccia è rossa, violacea; gli occhi sono protuberanti, e le membra in una completa risoluzione; il polso è largo, duro e lento, o pure piccolo e frequente; la persona esala un odore alcoolico dalla bocca, e spesso su tutta la superficie della persona. Dopo essere rimasti assopiti per lo spazio di sei otto dodici o quindici ore al più, quest'individui si risvegliano; le loro idee sono più o meno confuse, sono pesanti, stanchi, annojati, la loro bocca è pastosa e sono privi di appetito. Non è cosa rarissima vedere ammalati perire in mezzo alla loro ubriachezza.

Lo sparo de' cadaveri à mostrato che gli uni morivano in conseguenza di un versamento sanguigno nella sostanza del cervello o nelle meningi; in altri, si trovano tutti i caratteri anatomici di asfissia; finalmente nella maggior parte, non avvi che

*

una semplice congestione del cervello. Quest'organo esala ancora un forte odore di alcool, il che prova che questa sostanza assorbita va ad agire direttamente sullo encefalo. L'odore alcoolico si trova ancora in molti altri tessuti; il sangue, ora fluido, spesso coagulato, spesse volte ne è pregno.

Quando la ubriachezza si ripete spesso, la faccia si copre di una eruzione, le facoltà intellettuali si abbattano; gli ammalati sono presi da tremito, si dimagrano, le facoltà digestive si alterano, un gran numero cadono nella demenza. La ubriachezza è una delle cause più frequenti del suicidio, il che viene provato dalle ricerche di Schlegel, Roesch e Carper. Quest'ultimo riporta in fatti che il quarto degli abitanti di Berlino i quali dal 1812 al 1821 anno attentato alla loro esistenza erano genti dedite alla ubriachezza.

La diagnosi della ubriachezza è quasi sempre facile; i commemorativi e l'odore alcoolico esalato dal malato la caratterizzano sufficientemente. Se una vera apoplezia à luogo in mezzo alla ubriachezza, si vedranno tutti i sintomi di un versamento intercranio svilupparsi ad un epoca in cui gli effetti del vino dovrebbero cessare.

Cura.—Il più delle volte le persone ubriache han bisogno del riposo soltanto. Bisognerà solo favorire o anche provocare il vomito, perchè l'uscita degli alcoolici rinchiusi nello stomaco, e che non ancora hanno avuto il tempo di agire, abbrevia molto la durata della ubriachezza. Si è detto che si poteva ancora dissipare prontamente questo stato amministrando 6 o 8 gocce di ammoniaca in un bicchiere di acqua zuccherata, però molti medici non hanno ottenuto alcun utile effetto, anche triplicando questa dose: altri consigliano l'acqua coll'aceto, l'acqua salata e specialmente il caffè, il quale, credo, è l'agente più efficace, in spezialità quando l'ubriachezza è incipiente. In fine, ne' casi dove esistesse una forte congestione cerebrale, non bisognerebbe esitare l'applicazione di alcune sanguisughe a' processi mastoidei, ed anche preferire il salasso al braccio.

DEL DELIRIUM TREMENS

Sinonimia.—Dipsomania, delirio della crapola, follia degli ubriachi; *mania a potu* ec.

Appellasi *delirium tremens* una varietà di delirio provocata dall'abuso de' liquori spiritosi o fermentati, e che indipendentemente dal disordine delle funzioni intellettuali, è ancora caratterizzata dal tremito delle membra e delle labbra, dallo imbarazzo della parola e da una veglia ostinata.

Storia.—I caratteri del *delirium tremens* non sono stati conosciuti che al principiar di questo secolo. Sulton ne fu il pri-

mo storico (1); d'allora in poi la malattia è stata l'oggetto di ricerche seguite tanto in Inghilterra quanto agli Stati-Uniti. Ci teremo specialmente i lavori di Blake d'Edimburgo (2), e di J Ware di Boston (3). L'Alemagna à prodotto ancora alcuni importanti lavori come quelli di Barkhausen (4) di Dreyfuss (5), di Kopp (6); in fine in Francia, il delirium tremens è stato particolarmente studiato da' signori Rayer (7), Liveillé (8), e Calmeil (9).

Sezioni cadaveriche. — Lo sparo de' cadaveri non ànno presentato che risultati negativi; almeno le diverse lesioni che sono state qualche volta ritrovate non spiegano il delirio o ne sono indipendenti.

Sintomi, corso, durata, esiti. — Il delirium tremens si manifesta qualche volta bruscamente in seguito di un'orgia in quelli che non sono usi, o pure si manifesta poco dopo in quelli ubbriaconi di professione, ma senza essere provocato da un novello accesso, o pure si manifesta come complicanza al quinto o al sesto giorno di una malattia acuta e dopo che gl'individui ànno perfettamente abbandonato l'uso delle bevande alcooliche. Quando la malattia si manifesta lentamente, gli ammalati sono dapprima tristi ed inquieti, ed il loro sguardo e come se fosse smarrito, le loro membra incominciano ad essere agitate da un tremito nervoso. Tosto il delirio si manifesta; esso varia di molto a seconda degl'individui. In alcuni è calmo, ma la maggior parte sono impetuosi o furiosi: gridano, ingiuriano le persone, quando sono liberi commettono qualunque violenza, sono tormentati da allucinazioni specialmente nella vista e nell'udito e forse per questo, molti individui passano al suicidio. Nella maggior parte di colesti esseri si osserva sin dal principio un tremito delle labbra e delle membra superiori ed inferiori, il loro camminare è incerto, la loro voce è interrotta, gli ammalati perdono il sonno; e se qualche volta cadono in una specie di assopimento, sono tormentati da sogni bizzarri e da visioni. I sintomi generali e simpatici sono variabilissimi, in generale il polso è lento, eccetto nel caso in cui l'agitazione è molta: spesso

(1) *Traites on delirium tremens*, London 1813

(2) *A pratical essay on delirium tremens*, London 1830.

(3) *Remarks on the history of delirium tremens*, Boston 1831.

(4) *Beobachtungen über dan Sauferswahnsinn oder day delirium tremens*, Brème 1828.

(5) *Über den Sauferswahnsinn*, Vurtsbourg 1831.

(6) *Über day delirium tremens, in seiner, Beobachtungen, im Gebiete der Ausübenden Heilkund.* Francfort 1821.

(7) *Mémoires sur le d'irium tremens*, Paris, 1819.

(8) *Mémoires de l'Acad. de médecine*, t. 1.

(9) *Dictionnaire 'e médecine*, 2 edition, t. X.

avvi sete, inappetenza, costipazione e vomitazioni biliose, la lingua, arida e rossa come il carminio osservasi soltanto in quelli abbandonati da lungo tempo alla ubriachezza; finalmente la fisionomia, or pallida, ora iniettata, porta l'impronta della sofferenza e della fatica quando la veglia si prolunga per alcuni giorni. Alla fine però di qualche tempo, gli ammalati cadono in un assopimento e dormono tranquillamente; spesso il sonno si prolunga per lo spazio di dodici, quindici ed anche ventiquattr'ore. La morte è un esito rarissimo, secondo Ware e Calmeil: quest'ultimo autore crede che un solo ammalato perisce su venti. Noi crediamo, invece, che i morti siano in maggior numero; d'altronde ciò vien provato da molti fatti pubblicati nel 1842 a Bruxelles dal dottor Bougard; in fatti su 447 casi di *delirium tremens* osservati a Copenhague, Parigi e Bruxelles, si trovano 85 morti, il che dà per risultato un quinto di mortalità. Quelli che periscono, in alcuni a luogo per qualche complicazione cerebrale, la quale spiegasi per certi movimenti convulsivi; gli altri muoiono in seguito di un'altra malattia incidente estranea al cervello; alcuni muoiono accidentalmente, quindi abbiamo detto che molti infelici, tormentati dalle loro visioni si uccidevano. Dopo alcune ricadute, molti dipsomaniaci addiventano pazzi, allora cadono in demenza e periscono con una paralisi generale.

Diagnosi. — Quattro malattie potrebbero simulare il *delirium tremens*, cioè: la forma delirante della encefalopatia saturnina, il delirio nervoso, la paralisi incipiente degli alienati, e lo avvelenamento coll'oppio e la belladonna. Abbiamo detto precedentemente in che il delirio saturnino differisce dal delirio crapuloso. Il delirio nervoso che si manifesta in quelli operati si distingue dal precedente in quanto che non si associa nè al tremito delle labbra e delle membra, nè alla stessa incertezza della parola. Tornerebbe cosa più facile confondere il *delirium tremens* colla paralisi generale incipiente, perchè si osserva ne' due casi l'imbarazzo della parola, il tremito delle membra e delle labbra, e spesso la veglia. Il medico potrà allora fissare la natura della malattia solo collo studio de' commemorativi e pel corso ulteriore dell'affezione. La paralisi infatti è lungo tempo preceduta da' disordini nelle facoltà intellettuali, e siegue un corso cronico; il *delirium tremens*, poi, si manifesta più o meno bruscamente in seguito di un eccesso di bevanda, o in quelli che ne commettono de' frequenti, in fine presenta una durata breve. La ubriachezza occasionata dall'oppio, dalla datura stramonium, dalla bella donna, dalla mandragora, potrebbe anche simulare un eccesso di *delirium tremens*: però lo eccitamento è affatto efimero e non tarda ad essere sostituito da uno stato apopletico che giudica la malattia. Torna quasi inutile indicare essere impossibile, se si

presta attenzione, poter confondere il *delirium tremens* colla mania o col delirio simpatico di una malattia acuta.

Pronostico. — Il *delirium tremens* è grave soltanto quando si ripete spesso volte, perchè in questo caso produce la demenza. Il pronostico è pure pericoloso quando l'agitazione è estrema, quando la fisionomia è alterata, come pure quando il polso oltrapassa 100 pulsazioni. In fine i movimenti convulsivi, ligandosi quasi sempre ad una flemmasia intercorrente del cervello e delle meningi, non lasciano quasi alcuna speranza di veder ristabilire gli ammalati.

Etiologia. — Il *delirium tremens* è comune in Inghilterra, agli Stati Uniti, in Polonia ed in Russia, dove le abitudini della ubriachezza sono più frequenti che in Francia. Regna specialmente in età, più nelle città, raro nelle donne, eccettuato alla età critica: gli uomini ne sono colpiti specialmente da trenta a cinquant'anni. La malattia si osserva specialmente ne' bevitori di acquavita, di ginepro di rum. Il vino soltanto e la birra la producono raramente. Raramente si manifesta dopo una sola orgia; il più delle volte colpisce quelli che abusano da molto tempo de' liquori alcoolici e delle bevande fermentate. In questi casi, il delirio tosto si manifesta senza causa eccitante, cioè senza che quest'individui abbiano bevuto più del solito; altre volte la malattia si manifesta in seguito di una libazione copiosa. Alcuni ubbriacconi sono colpiti di tempo in tempo da una vera monomania ebra (dipsomania), ed allora bevono con una specie di furore la notte ed il giorno, e non tardano, in questi casi, a presentare i sintomi del *delirium tremens*. In fine soventi volte la malattia colpisce gl'individui i quali, in ragione di una malattia acuta o cronica, dalla quale sono affetti, abbandonano bruscamente l'uso degli alcoolici: quindi è dimostrato altrove che il *delirium tremens* era una complicazione frequentissima della pneumonia che assale gli ubbriacconi (1). Crediamo che il delirio della crapula che si mostra in simili circostanze è molto meno eccitato dalla malattia acuta che dalla interruzione degli alcoolici, perchè abbiám provato che il miglior mezzo di prevenire il delirio consisteva a rispettare l'abitudine degli ammalati ed a permetter l'uso di una certa quantità di vino. Niente conosciamo di preciso sulla influenza che i temperamenti, le costituzioni e le stagioni esercitano sullo svolgimento del delirio della crapula.

Cura. — Se lo accesso si manifesta dopo un'orgia, bisogna far vomitare l'individuo per impedire lo assorbimento dei liquidi contenuti nello stomaco. Qualunque potesse essere la vio-

(1) *Traité pratique de la pneumonie.*

lenza del delirio, non potrebbe mai indicare il salasso, del quale alcuni medici italiani fanno un deplorabile uso. Gli antispasmodici non convengono che quando il polso è largo, duro, ed esistono i segni di congestione o d' infiammazione cerebrale. L' oppio è stato lungo tempo considerato siccome uno specifico del *delirium tremens*, però manca alcune volte. Amministrandolo, si è per iscopo di moderare l'agitazione ed addormentare l' ammalato. Per ottenere questo risultato, bisogna amministrare da 15 a 25 centigramme di oppio; non vediamo alcun inconveniente a raddoppiare la dose, se il bisogno lo richiede, purchè vi passi un intervallo di una o due ore tra una dose e l' altra; però non vorremmo oltrepassare questa dose, imitando specialmente la pratica di coloro che hanno ardito amministrare sino a 4 gramme di oppio. Avanzando la questa dose il rimedio, gli ammalati cadono nello assopimento e muoiono in uno stato comatoso. Hanno consigliato di sostituire l' oppio dalla infusione di digitale (4 gramme in 190 gramme di veicolo, e darne un cucchiaino in ogni ora); questa pratica però non è stata ancora sanzionata dalla esperienza. Gli evacuant, come l' emetico ed i purgativi, non possono essere consigliati come metodo generale; questi medicamenti non saprebbero, secondo noi, essere utili se non quando lo stato degli organi digestivi ne indicano l' uso, gli antispasmodici, come l' clere, l' assafetida, il muschio, ec., le bagnature fredde, non meritano alcuna confidenza; i vescicanti, consigliati da alcuni, aumentano in generale gli accidenti.

Esquirol, Georget, e recentemente il Signor Calmeil, hanno consigliato di opporre al *delirium tremens* una medicatura dolce soltanto quasi aspettante; quindi ne' casi semplici, il Signor Calmeil non prescrive che una bevanda zuccherata ed i bagni tiepidi; se la lingua indica zavorre, procura il vomito: se avvi costipazione, prescrive la purga, e se alcuni segni d' infiammazione o di congestione si sviluppano verso il cervello, li combatte co' salassi, che di rado sono necessari. In fine l'abile medico di cui è parola non prescrive affatto l' oppio, imitando in ciò la pratica di Esquirol, i cui ammalati guarivano comunemente in tre giorni colla semplice aspettazione.

Torna inutile dire che durante gli accessi del delirio, bisogna aver cura perchè gli ammalati non abbiano a nuocere a se stessi ed agli altri. Quando gli accessi sono molto lontani, gl' individui possono rimanere nella società ed esercitare su di essi una attiva sorveglianza, ma se le crisi si ripetono troppo spesso, bisogna chiudere gli ammalati.

Natura. — Il *delirium tremens* è una nevrosi prodotta da una causa specifica, l' avvelenamento alcoolico. La natura degli accidenti, il loro corso, i risultati negativi che presenta lo

sparo de' cadaveri lo dimostrano ad esuberanza (Vedi nel t. II.^o la *Classe delle nevrosi*).

DELLA COMBUSTIONE UMANA SPONTANEA

Chiamasi combustione umana spontanea la combustione o incenerimento parziale o totale del corpo umano, la cui causa sembra aver sede in uno stato particolare dell'organismo ancora sconosciuto.

La combustione spontanea, della quale esistono numerosi esempi, è stata osservata nelle donne adulte, molto grasse e dedite alla ubbriachezza. Alcuni han pensato che, in questo caso, tutta la economia, e specialmente il tessuto cellulare, essendo pregno di alcool, succedevano in queste parti novelle combinazioni, forse un gas infiammabile si esalava, in guisa che tutto il corpo prenderebbe fuoco in un modo affatto spontaneo, e forse ancora in seguito di uno sviluppo di una scintilla elettrica, la quale, come ognun sa, si produce presso in alcuni individui in seguito del menomo strofinio della pelle. Altri, tra i quali bisogna contare Vicq-d'Azyr e Dupuytren, pensano che, perchè la combustione abbia luogo in simili casi, fa d'uopo del contatto del corpo con una materia in combustione. Quasi tutti i fatti sono favorevoli a questa opinione; quindi la maggior parte degl'individui i quali sono stati vittima della combustione spontanea avevano presso di loro un corpo infiammato, come un tizzone, una bugia, la bragia, una pipa, ec. Checchè ne sia, e di qualunque natura possa essere la causa efficiente: diremo che dietro la combustione spontanea in un individuo, si trovano quasi sempre alcune parti del corpo che non sono state completamente bruciate; questi avanzi appartengono il più delle volte alla testa o alle membra: tutte le altre parti sono consumate, ed altro non rimane che un residuo di una materia crassa, solida, un untume puzzolento ed un carbone leggiero untuoso ed odoroso. Il fuoco si comunica raramente a mobili dello appartamento, le cui mura sono coperte da un unto denso, grasso, nero, fetido. La combustione à luogo ordinariamente con rapidità: essa è completa in due o tre ore, ed anche in un'ora soltanto. Succede spesso che essa è parziale; questa si osserva più frequentemente negli uomini, in opposizione alla combustione genera'e; quindi si citano individui le cui mani per esempio, essendo state in contatto con un corpo in combustione, hanno veduto queste parti addivenir la sede di un dolore scottante, con arrossimento ed un prodotto di fiamme azzurrognole. Le semplici bagnature di acqua fredda lungi di estinguere il fuoco, lo attivano di più; per ottenerne lo estinguimento, si è obbligati di lasciare le parti immerse per molte ore nell'acqua, che si manterrà costantemente fredda. Allora rimane una scottatura più o meno estesa e profonda.

Per maggiori schiarimenti si può leggere l'importante articolo del *Dictionnaire de médecine*; t. VIII, p. 421, dove Breschet à riassunto con molta chiarezza i principali fatti di combustione spontanea conosciuta sin' ora.

AVVELENAMENTO COL SOLFATO DI CHININA

Il solfato di chinina, questo principale medicamento che abbiamo già indicato siccome eroico in molte malattie, può, amministrandosi a dose avanzata, determinare i più gravi accidenti ed anche la morte.

Si poteva conchiudere su di ciò dalle esperienze fatte a Padova dal Signor Giacomini; però le proprietà tossiche del sal di chinina sono state pure dimostrate dalle esperienze de' signori Magendie e Mélier sugli animali viventi. Questi signori, introducendo 2 gramme di solfato di chinina nello stomaco di un cane, anno dimostrato poco dopo diversi disturbi che indicavano un' azione pronunziata del medicamento su i centri nervosi; quindi l' animale presentava lo stupore, le sue gambe erano divarigate, come per mantenere l' equilibrio, o pure, cadeva su i fianchi; le sue pupille erano dilatate, provava de' movimenti convulsivi, e periva nel coma. Nell' autopsia, i polmoni si rinvenivano congestionali, epatizzati; il sangue era molle, fluente e privo in gran parte del principio coagulabile. Alcuni fatti osservati disgraziatamente nell' uomo, anno confermato in tutti i punti i risultati ottenuti negli animali; quindi alcuni ammalati a' quali erano state imprudentemente amministrate 4, 5 ed anche 6 gramme di solfato di chinina anno sofferto vari accidenti, di molti ordini, e ne' quali si può all' esempio del Signor Mélier, riconoscere tre gradi. Nel primo, i sintomi si osservano intieramente dipendenti dal sistema nervoso, ed altro non sono che lo esaltamento di quelli che si osservano nelle dosi ordinarie; quindi avvi cefalalgia, agitazione, fenomeni di ubbriachezza, qualche disturbo nella vista, e spesso sordità, fenomeni che ò avuto io stesso l' occasione di notare frequentemente per lo spazio di cinque o sei anni, in tutti i componenti una famiglia creola, a' quali, per troncare la febbre intermittente che spesso ritornava, amministrai solamente 50 o 60 centigramme di solfato di chinina. Ad un grado più avanzato, si manifesta il delirio, i movimenti, una paralisi molto estesa; poi, e forse per l' alterazione alla quale il sangue va soggetto, si manifestano i segni di congestioni e di flogosi verso i polmoni; alcuni ammalati anno l' ematuria. In fine, quando l' azione del medicamento è portata al suo massimo grado, le forze sono distrutte, la debolezza è estrema; gli ammalati, privi di senso e di moto, cadono nel coma, ed allora possono morire. Coloro che non muo-

iono si ristabiliscono lentamente, rimangono deboli per qualche tempo, e molti tra loro rimangono per tutta la vita ciechi e sordi.

Le esperienze praticate sugli animali ed i numerosi fatti osservati sull' uomo provano che il solfato di chinina modifica profondamente la innervazione. Quest' azione si esercita certamente per mezzo dello intermedio del sangue, nel quale il medicamento penetra per assorbimento, e del quale modifica per conseguenza la costituzione, siccome ciò risulta dalle importanti ricerche fatte da' signori Magendie e Mèlier.

Insisto su questi fatti, per combattere la disgraziata tendenza che si à a' giorni nostri di amministrate a dosi capaci di avvelenare gli energici medicamenti. Nè sarà mai sufficiente ripetere che questa pratica è inutile, pericolosa spesso volte, e può compromettere l' arte.

Cura. — Essendo chiamati da un individuo avvelenato dal solfato di chinina, bisognerebbe, mediante un vomitivo ed il solletico dell' ugola, provocare l' uscita della porzione contenuta nello stomaco, poi si cercherà a rianimare le forze amministrando internamente le bevande aromatiche, eccitanti, e facendo le frizioni secche ed irritanti sulla superficie del corpo, specialmente allo epigastrio ed alle membra. Questa cura è a poco presso quella che si raccomanda dal professor Giacomini.

AVVELENAMENTO COLL' ACIDO CARBONICO

Possono considerarsi siccome avvelenati coll' acido carbonico quelli che provano gravi accidenti respirando il vapore di un fornello di calce, o quello che si sviluppa da un tino in fermentazione. In quest' ultimo caso, l' acido carbonico è misto all' azoto ed alle emanazioni alcooliche.

Quelli che respirano questo vapore provano ansietà precordiale, vertigini, susurri negli orecchi, disturbi nella vista, poi cadono. Alcuni muoiono con tutti i sintomi dell' asfissia, ma la maggior parte periscono in realtà per effetto del cervello, perchè i segni di congestione verso quest' organo sono i fenomeni predominanti, e la morte à luogo prima che la respirazione sia stata completamente interrotta. Oltre a che gli accidenti prodotti dall' acido carbonico poco differiscono da quelli che si sviluppano dal carbone, e che tosto faremo conoscere. Diciamo in questo luogo che il gas acido carbonico non solo nuoce, siccome lo credeva Nysten, perchè incapace di essere respirato, ma perchè contiene in se un' azione velenosa, deleterea; il che risulta dalle esperienze del Signor Collard di Marigny. Questo medico essendo immerso in un' atmosfera di un tino in fermentazione avvolgendosi con un panno disposto a forma di cilindro, del quale uno degli estremi era adattato sul tino, mentre l' al-

tro era fissato alla testa, respirando poi colla bocca, mediante un tubo che comunicava coll'aria esterna, incominciò a provare i sintomi di avvelenamento tra cinque minuti; però dopo il ventesimo minuto fu costretto a ritirarsi; allora lo abbattimento era tale, che egli avea abbandonato il tubo pel quale respirava. Questo fatto è importantissimo, ed indica che gli accidenti occasionali dalla inspirazione del gas acido carbonico, debbono riportarsi ad un avvelenamento anziché ad un'asfissia.

La cura consiste a far respirare all'ammalato un'aria libera ed impiegare tutti i rimedi che indicheremo parlando dello avvelenamento coll'acido carbonico.

Rannodiamo al mefitismo de' cellai quello che si sviluppa ogni qual volta un gran numero d'individui sono ammassati in uno spazio molto stretto, e l'aria non è rinnovata. La porzione di azoto allora non varia affatto, ma si sviluppa molt'acido carbonico misto ad un vapore animale. La quantità di acido carbonico agisce tanto più efficacemente in quanto che la porzione di ossigeno dell'aria è molto diminuita. In fine gli effetti di queste emanazioni sono tanto più pronti e più terribili, in quanto che vi si unisce nello stesso tempo una temperatura più elevata. La storia ci ha trasmesso a questo effetto la relazione di molte catastrofi osservate su i prigionieri che erano stati ammassati in spazi troppo angusti. Questi infelici, dopo aver provato una insopportabile sete ed un'estrema ansietà, accompagnata qualche volta da delirio, erano colpiti da un grande incomodo nella respirazione dolori al petto, palpitazioni, e morivano soffocati.

I mezzi da opporsi a questi accidenti non differiscono da quelli che tra poco esporremo.

AVVELENAMENTO COL VAPORE DEL CARBONE

Il carbone di legno in combustione sviluppa un miscuglio di azoto, d'idrogeno carbonato ed acido carbonico; quest'ultimo, poco abbondante al principio della combustione, si produce specialmente quando il carbone è perfettamente infiammato, mentre il contrario è luogo per lo idrogeno carbonato (1).

(1) Un chilogramma di bragia, e maggiormente di carbone acceso, può rendere capace di asfissia l'aria di una camera di 25 metri quadrati di capacità. I signori Dumas e Leblanc hanno mostrato che la energia tossica di un'atmosfera alta a produrre l'asfissia sotto la influenza della combustione del carbone doveva attribuirsi particolarmente all'ossido di carbone, poichè questo gas, sparso nell'aria alla dose di uno per cento costituisce un'atmosfera quasi immediatamente mortale per gli animali a sangue caldo mentre che per produrre lo stesso effetto coll'acido carbonico, vi abbisognano dosi molto più avanzate, cioè 30 o 40 per cento onde uccidere un grosso cane.

Caratteri anatomici. — Lo sparo de' cadaveri à fatto vedere tutte le lesioni che vedremo più tardi caratterizzare l'asfissia. Noteremo solamente in questo luogo il colorito rosso ciriegia del sangue quando la morte è stata rapida; nel caso contrario, il sangue è nero come nell'asfissia.

Sintomi. — Se gl'individui entrassero bruscamente nell'atmosfera formata dal vapore di carbone, perirebbero quasi istantaneamente colle vertigini e soffocati; nella maggior parte de' casi però, l'azione del veleno è lenta e graduata. Gl'individui collocati in una camera nella quale il carbone trovasi in combustione provano dapprima peso alla testa, poi cefalalgia intensa con senso di compressione verso le tempie; anno vertigini, susurri negli orecchi ed una grande tendenza al sonno. Tosto la vista si turba; soffrono palpitazioni, la respirazione è difficile, accompagnata da grande ansietà e da un senso di compressione penosissima dietro lo sterno; il polso si accelera e si fa debole; qualche volta esistono nausea e vomiti; tosto l'ammalato cade nel coma; spesso esistono deiezioni involontarie di urina e di materie fecali; la faccia è qualche volta violacea, ma il più delle volte pallida e plumbea; in fine la respirazione e la circolazione si sospendono. In alcuni la morte è preceduta da convulsioni violenti, ed i muscoli che ne sono stati la sede conservano spesso sul cadavere uno stato di rigidità e di tensione molto pronunziata.

Quando le persone le quali sono state sottoposte all'azione del vapore del carbone sono richiamate in vita, conservano uno stato di mal'essere il quale è molto più distinto di quello che succede agli altri generi di asfissia ed agli avvelenamenti gassosi che sin ora abbiamo studiati: quindi gli ammalati rimangono rigiditi; le loro idee sono ottuse; il petto è qualche volta la sede di dolori laceranti; più frequentemente ancora accusano una cefalalgia delle più violenti. Quest'ultimo accidente è uno de' più ostinati; noi l'abbiam veduto durare per mesi interi. Questi patemi, chechè ne dicono, non possono essere spiegati per una congestione manifesta. In fine si citano individui i quali dopo essere restati per lungo tempo sofferenti, conservano per tutto il tempo della loro vita una grande tendenza alle congestioni cerebrali; altri rimangono infermi, con alcune lesioni negli organi locomotori, nella sensibilità o nella intelligenza. Un distinto medico, il signor Bourdon, à studiato, nella sua tese inaugurale (1844) la paralisi che manifestasi qualche volta in seguito dello avvelenamento col vapore del carbone, diciamo però essere questo un accidente raro, ed in tutti i casi in cui l'abbiamo osservato à durato poco tempo.

Pronostico. — Il pronostico di questa malattia è sempre grave; la gravità è tanto maggiore in quanto che la quantità del

carbone era molta, e lo spazio in cui è stato bruciato molto stretto e l'individuo vi è rimasto maggior tempo. Uno stato di ubbriachezza, siccome si osserva spesso in quelli che vogliono uccidersi, è pure una circostanza aggravante. In fine, tra i sintomi, citeremo come di tristissimo augurio le convulsioni e le evacuazioni involontarie.

Cura. — Oltre i mezzi che convengono in tutte le asfissie ve ne sono alcuni che sono specialmente indicati nello avvelenamento col vapore del carbone. Citeremo in spezieltà la esposizione degli ammalati all'aria fredda, le bagnature o piuttosto le aspersioni di acqua fredda ed anche ghiacciata fatte spruzzando con forza sulla faccia dell'ammalato molti bicchieri di acqua ad alcuni minuti di distanza. Quando il freddo indicatore dello ristabilimento della respirazione comincia, si sospende per praticare su tutto il corpo le frizioni eccitanti, ammoniacali: le ventose secche saranno disseminate qua e là; in fine se alcuni segni di congestione esistono per parte de' visceri si combatteranno colle emissioni sanguigne.

Gli eccitanti diffusivi ed i vomitivi, che alcuni autori hanno raccomandati, sembrano piuttosto nocivi anzichè utili, perchè amministrati durante il collasso, spesso s'introducono ne' tubi della respirazione; dati più tardi aumentano, la reazione e favoriscono forse le congestioni viscerali. Al contrario i purganti sotto forma di clisteri hanno un effetto vantaggioso. I dolori toracici e specialmente la cefalalgia violenta che spesso succedono allo avvelenamento del carbone, richiedono l'uso di molti vescicanti. In fine, per dar termine, diremo che nella cura di questa malattia, il medico deve agire energicamente e con perseveranza: quindi si riportano molti casi d'individui i quali sono stati richiamati in vita solamente dopo molte ore di assidue cure.

Passeremo sotto silenzio la combustione del cocco, perchè sembra produrre gli stessi accidenti di quelli che abbiamo descritti, quindi si cureranno cogli stessi mezzi.

DELL' AVVELENAMENTO COL GAS DELLA ILLUMINAZIONE

Il Signor Devergie è, io credo, l'autore il quale ha pubblicato le prime osservazioni di avvelenamento col gas della illuminazione: però i fatti più numerosi son dovuti al professor Toudres, di Strasbourg, il quale si è dedicato a diverse esperienze, per valutare convenevolmente gli effetti del gas *light* sulla economia (*Gaz. méd. de Strasbourg* 1841).

Il gas della illuminazione è meno deletereo dell'acido idrosolforico, lo è però molto di più dell'acido carbonico. Le sue proprietà tossiche son dovute al gas ossido di carbone che contiene; perchè l'idrogeno bicarbonato, i carburi d'idrogeno e

tutti gli altri prodotti gassosi che contiene non sono, presso a poco, tanto energici, quanto il primo. Il gas della illuminazione può uccidere anche quando si trova, per rapporto all'aria atmosferica, in una proporzione inferiore di un undecimo. Dapprima agisce sul sistema nervoso, e poscia sull'apparato respiratorio; quindi gl'individui provano la cefalalgia, le vertigini, le nausea, i vomiti ed un indebolimento estremo; tosto vi è perdita completa della conoscenza, con movimenti convulsivi e paralisi del senso e del moto. La respirazione non è turbata che negli ultimi momenti, ma i sintomi di asfissia sono allora completi e predominanti.

Quelli che muoiono, presentano il più delle volte, secondo il Signor Tourdes, il tessuto de' polmoni di un colorito rosso vivo, *scintillante sotto la incisione*. Il sangue è anche nerastro e misto a grumi, il cervello e le vene della colonna erano fortemente in uno stato di congestione. Qualche volta eravi versamento sanguigno nel canale vertebrale; la mucosa della respirazione fortemente iniettata; una schiuma biancastra striata di un sangue denso o vischioso riempiva la bocca, la laringe ed i bronchi.

Cura. — Nel primo periodo dello avvelenamento s'insisterà sulle bevande leggermente stimolanti; si prescriverà un clistere purgativo e qualche rivellente cutaneo; più tardi i segni di congestione e di asfissia indicheranno l'uso de' salassi. In fine, per richiamare il calore ed eccitare i movimenti respiratori, si ricorrerà a tutti i mezzi che descriveremo dettagliatamente trattando delle asfissie.

FINE DEL PRIMO VOLUME

N. B. — Per non lasciare confusione nella riduzione delle centigramme, delle gramme del litro e della pinta delle quali parole l'autore si serve, diciamo in breve che relativamente al loro rapporto col peso italiano, 100 centigramme formano 1^a gramma. Questa corrisponde a granelli 18; il litro equivale ad 1^a libra; la pinta equivale a 2 libbre circa.



TAVOLA DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL PRIMO VOLUME

PRIMA CLASSE DI MALATTIE. — DELLE FEBBRI.....	11
1.° Della febbre in generale	12
2.° Delle febbri.....	25
Primo genere di febbri. — <i>Febbri continue</i>	30
<i>Febbre efimera</i>	ib.
<i>Febbre infiammatoria</i>	32
<i>Febbre tifoidea</i>	35
<i>Del tifo o peste di Europa paragonata alla febbre ti-</i> <i>foidea</i>	77
<i>Della febbre continua d' Inghilterra o typhus fever</i> ...	80
<i>Della febbre biliosa de' paesi caldi</i>	85
<i>Della febbre gialla</i>	87
<i>Peste</i>	97
Secondo genere di febbri. — <i>febbri eruttive</i>	109
<i>Vaiuolo</i>	ib.
<i>Vaccina o profilassi del vaiuolo</i>	122
<i>Vaiuoloide</i>	129
<i>Varicella</i>	132
<i>Morbillo</i>	134
<i>Scarlattina</i>	141
<i>Miliare</i>	151
<i>Considerazioni generali sulla natura delle febbri e-</i> <i>ruttive</i>	159
Terzo genere di febbri. — <i>Febbri intermittenti</i>	160
<i>Febbre intermittente semplice, benigna</i>	162
<i>Febbri intermittente perniciose</i>	176
<i>Febbri intermittenti anomale</i>	183
<i>Osservazioni generali sulle febbri intermittenti</i>	184
<i>Sintomatiche</i>	ib.
Quarto genere di febbri. — <i>Febbri remittenti</i>	187
<i>Febbre pseudo-continua</i>	195
Quinto genere di febbri. — <i>Febbre etica</i>	197

SECONDA CLASSE DI MALATTIE. — MALATTIE COSTITUI-

TE DA UN VIZIO DI PROPORZIONE DEL SANGUE 199

Primo genere. — *Malattie per eccesso del sangue*..... 200*Pletora* ib.*Congestione sanguigna in generale*..... 203*Congestione cerebrale* 207*Congestione rachidiana*..... 213*Congestione polmonale*..... 214*Id.* *id. attiva*..... ib.*Id.* *id. passiva*..... 217*Congestioni degli organi addominali*..... 219*Id.* *del fegato*..... 220*Id.* *della milza* 222*Id.* *dell'utero* ib.Secondo genere. — *Malattie per difetto di sangue*..... 224*Anemia*..... ib.*Clorosi*..... 232*Anemia degli organi in particolare* 236

TERZA CLASSE DI MALATTIE. — DELLE INFIAMMAZIONI ib.

Della infiammazione in generale ib.*Infiammazione degli organi digestivi*..... 260*Stomatite* ib.*Id.* *eritematosa*..... ib.*Id.* *con alterazione di segrezione*..... 261*Id.* *difteritica*..... ib.*Id.* *con muco*..... 263*Id.* *follicolare o asfe*..... 268*Delle due altre forme di stomatite ulcerosa o pustolosa*. 271*Stomatite mercuriale, salivazione mercuriale, ptia-*
ismo mercuriale..... ib.*Glossite* 276*Angine* 278*Id.* *gutturale e faringea acuta*..... ib.*Id.* *id. id. croniche*..... 280*Tonsillite o angina tonsillare* 281*Angina pseudo-membranosa* 288*Esofagite*..... 293*Gastrite acuta*..... 295*Id.* *cronica*..... 300*Enterite e colite acuta*..... 307*Id.* *ed entro-colite cronica* 314*Dissenteria* 319*Infiammazioni delle anse degli organi digestivi* 330*Parotiti*..... ib.*Epatite*..... 331*Id.* *cronica* 339

<i>Infiammazioni degli organi della segrezione della bile.</i>	341
<i>Colecistite</i>	ib.
<i>Pancreatite</i>	344
<i>Splenite</i>	345
<i>Infiammazione degli organi della respirazione</i>	349
<i>Laringite</i>	ib.
<i>Id.</i> <i>acuta semplice</i>	ib.
<i>Id.</i> <i>stridula o pseudo-crup</i>	351
<i>Id.</i> <i>crupo pseudo membranosa</i>	354
<i>Id.</i> <i>sotto mucosa</i>	363
<i>Id.</i> <i>1.° edematosa o edema della glottide</i> ..	364
<i>Id.</i> <i>2.° ipoglottica</i>	368
<i>Id.</i> <i>cronica</i>	ib.
<i>Della tracheite acuta e cronica</i>	372
<i>Della bronchite acuta</i>	373
<i>Id.</i> <i>cronica</i>	382
<i>Della grippe</i>	385
<i>Della pneumonia</i>	389
<i>Della pleurisia acuta</i>	420
<i>Id.</i> <i>cronica</i>	434
<i>Infiammazione degli organi della circolazione</i>	441
<i>Pericardite</i>	ib.
<i>Endocardite</i>	448
<i>Cardite</i>	453
<i>Arterite</i>	454
<i>Alcune osservazioni sull' aortite</i>	459
<i>Flebite in generale ed alcune flebiti in particolare</i> ..	460
<i>Infiammazioni del sistema linfatico</i>	471
<i>Angioleucite</i>	ib.
<i>Adenite</i>	575
<i>Infiammazione dell' apparato della innervazione</i>	476
<i>Meningite cerebrale acuta</i>	ib.
<i>Id.</i> <i>cronica</i>	486
<i>Id.</i> <i>rachidiana e cerebro spinale</i>	487
<i>Encefalite</i>	491
<i>Mielite</i>	502
<i>Nerrite</i>	507
<i>Infiammazione di alcuni sensi</i>	509
<i>Coriza</i>	ib.
<i>Ozena o coriza ulcerosa</i>	513
<i>Otite</i>	517
<i>Infiammazioni degli organi della segrezione ed escre-</i> <i>zione urinaria</i>	525
<i>Nefrite acuta e cronica</i>	526
<i>Pielite</i>	531
<i>Cistite acuta e cronica</i>	537

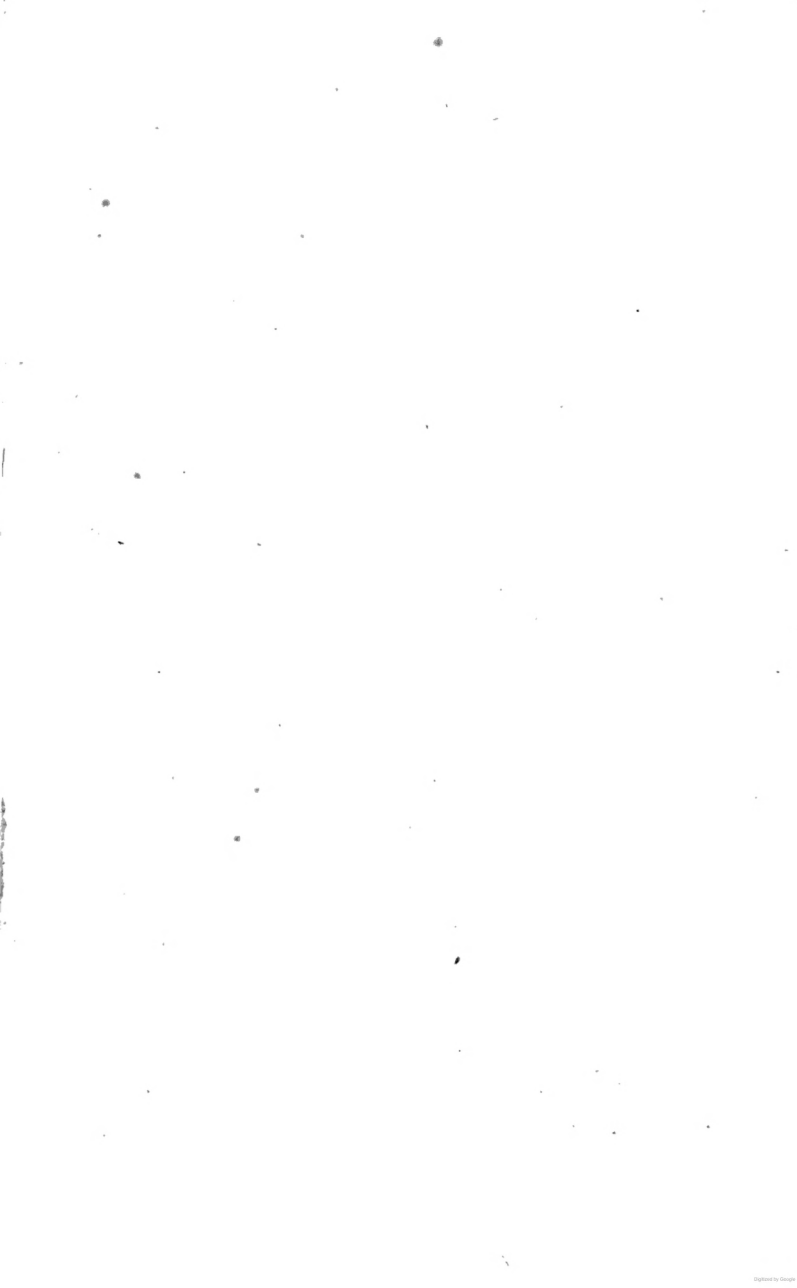
<i>Infiammazione degli organi genitali</i>	543
<i>Metrite</i>	544
<i>Id.</i> <i>acuta semplice</i>	ib.
<i>Id.</i> <i>puerperale</i>	548
<i>Id.</i> <i>cronica</i>	550
1.° <i>Id.</i> <i>cronica con ingorgo ed induramento del tessuto</i>	ib.
2.° <i>Id.</i> <i>cronica ulcerosa e bernocoluta</i>	555
<i>Ovarite</i>	560
<i>Infiammazione delle trombe uterine e de' ligamenti larghi</i>	563
<i>Peritonite</i>	564
<i>Id.</i> <i>acuta semplice o primitiva</i>	565
<i>Id.</i> <i>puerperale</i>	571
<i>Id.</i> <i>sintomatica</i>	582
<i>Id.</i> <i>cronica</i>	586
<i>Infiammazioni del tessuto cellulare</i>	590
<i>Flemmone splancnico</i>	ib.
<i>Id.</i> <i>e degli ascessi de' mediastini</i>	591
<i>Id.</i> <i>addominali</i>	593
<i>Id.</i> <i>perinefrítico</i>	ib.
<i>Id.</i> <i>e degli ascessi delle fosse iliache</i> ...	596
<i>Id.</i> <i>e degli ascessi della cavità della pelvi</i>	600
<i>Orecchioni</i>	601
<i>Infiammazione del tessuto muscolare</i>	603
<i>Psoite</i>	605
<i>Infiammazioni della pelle</i>	606
<i>Esantemi</i>	ib.
<i>Eritema</i>	607
<i>Rosolia</i>	609
<i>Risipola</i>	610
<i>Infiammazioni vescicolari</i>	624
<i>Erpete</i>	625
<i>A varietà per la sede:</i> 1.° <i>labiale</i>	ib.
2.° <i>prepuziale</i>	ib.
<i>B varietà per la forma:</i> 1.° <i>zona</i>	627
2.° <i>circinnatus</i>	628
3.° <i>phlyctenoide</i>	629
4.° <i>iris</i>	630
5.° <i>tonsurant</i>	631
<i>Eczema</i>	632
<i>Infiammazioni bollose</i>	638
<i>Pemfigo o pompholix</i>	639
<i>Rupia</i>	642
<i>Infiammazioni pustolose</i>	644

<i>Acne</i>	ib.
<i>Mentagra</i>	647
<i>Forfora</i>	649
<i>Eltima</i>	654
<i>Empetigine</i>	656
QUARTA CLASSE DI MALATTIE. — EMORRAGIE	659
<i>Epistassi</i>	668
<i>Emottisi</i>	671
<i>Stomatorragia</i>	677
<i>Gastrorragia o ematemesi</i>	678
<i>Emorragie intestinali</i>	683
<i>Flusso emorroidale e delle emorroidi</i>	687
<i>Ematuria</i>	696
<i>Uretrorragia</i>	701
<i>Metrorragia</i>	702
<i>Emorragie delle membrane sierose</i>	708
<i>Emorragia o apoplessia meningea</i>	710
<i>Sudori di sangue o ematidrosi</i>	715
<i>Emorragie interstiziali o apoplessia</i>	717
<i>Emorragia o apoplessia cerebrale</i>	718
<i>Emorragia della midolla o ematomielia</i>	735
<i>Apoplessie polmonale</i>	736
<i>Alcune altre specie di apoplessia</i>	743
1.° de' visceri addominali. 2.° della placenta	743
3.° de' muscoli. 4.° del cuore	744
<i>Porpora</i>	745
<i>Scorbuto</i>	750
QUINTA CLASSE DI MALATTIE. — SEGREZIONI MORBOSE. 757	
Primo genere di segrezioni morbose. — Segrezioni sierose. 760	
<i>Idropisie in generale</i>	ib.
<i>Delle idropisie in particolare</i>	769
<i>Dell' anasarca</i>	ib.
<i>Dell' edema</i>	773
<i>Dell' edema de' neonati</i>	776
<i>Flegmatia alba dolens</i>	778
<i>Idropisie cerebro-spinali</i>	783
<i>Idrocefalo acuto</i>	ib.
<i>Apoplessia sierosa</i>	784
<i>Idrocefalo cronico</i>	787
<i>Idrorachia</i>	792
<i>Idrorachia con spina bifida</i>	793
<i>Edema de' polmoni</i>	795
<i>Idrotorace o idropisia delle pleuri</i>	798
<i>Idropericardo</i>	800
<i>Ascite</i>	803
<i>Segrezioni sierose delle membrane mucose</i>	813

<i>Colera asiatico</i>	ib.
<i>Idro-enterrorea</i>	821
<i>Esalazioni sierose degli organi genitali della donna</i>	822
Secondo genere di segrezioni morbose — <i>Segrezioni mucose</i>	826
<i>Broncorrea</i>	830
<i>Gastrorrea</i>	835
<i>Diarrhea catarrale</i>	837
<i>Leucorrea</i>	839
<i>Catarro vescicale</i>	844
Terzo genere di segrezioni morbose — <i>Segrezioni proprie ad alcuni organi</i>	846
<i>Dell'efidrosi</i>	847
<i>Polisarcia o obesità</i>	849
<i>Sialorrea</i>	850
<i>Flusso bilioso</i>	853
<i>Colera morbus europeo</i>	ib.
<i>Poliuria</i>	859
<i>Galattorrea o flusso del latte</i>	861
<i>Spermatorrea</i>	862
Quarto genere di segrezioni morbose — <i>Pneumatosi o segrezioni gassose</i>	873
<i>Emfisema</i>	ib.
<i>Emfisema interlobulare de' polmoni</i>	875
<i>Pneumatosi del tubo digestivo</i>	877
<i>Sviluppo spontaneo de' gas negli organi della circolazione sanguigna</i>	882
<i>Pneumatosi delle vie urinarie e genitali</i>	883
<i>Pneumatosi delle membrane sierose e sinoviali</i>	886
<i>Pneumatosi peritoneale</i>	ib.
<i>Pneumo pericardo</i>	887
<i>Pneumo torace</i>	ib.
SESTA CLASSE DI MALATTIE — DEGLI AVVELENAMENTI.....	889
Primo genere di avvelenamenti. — <i>Avvelenamento con sostanze irritanti</i>	893
<i>Avvelenamento col fosforo, iodo, bromo e cloro</i>	ib.
<i>Id. cogli acidi concentrati</i>	894
<i>Id. cogli acidi i quali hanno soltanto un'azione irritante e caustica</i>	ib.
<i>Id. cogli acidi i quali agiscono e come caustici e per assorbimento</i>	898
<i>Id. coll'acido arsenioso</i>	ib.
<i>Avvelenamenti cogli acidi e loro composti</i>	901
<i>Avvelenamento colle preparazioni antimoniali</i>	902
<i>Id. colle preparazioni di oro, di argento di stagno di bismuto di zinco</i>	904

<i>Id.</i> colle preparazioni di rame	905
<i>Id.</i> colle preparazioni di piombo	907
<i>Colica di piombo</i>	911
<i>Dolori nevralgici delle membra e del tronco</i>	916
<i>Accidenti cerebrali saturnini o encefalopatia saturnina</i>	918
<i>Paralisi saturnine</i>	928
<i>Profilassi delle malattie saturnine</i>	932
<i>Avvelenamenti col mercurio e sue preparazioni</i>	934
<i>Id.</i> co' composti mercuriali e specialmente col deutocloruro.....	ib.
<i>Effetti tossici de' vapori mercuriali</i>	936
<i>Idrargiria</i>	ib.
<i>Tremite mercuriale</i>	937
<i>Cachessia mercuriale</i>	939
<i>Accidenti prodotti dal vetro e dallo smalto</i>	940
<i>Feleni irritanti vegetabili</i>	ib.
<i>Id.</i> irritanti animali.....	941
<i>Avvelenamento colle cantaridi</i>	ib.
<i>Id.</i> coi datteri di mare ed altre conchiglie.....	942
<i>Secondo genere di avvelenamenti co' narcotici, e specialmente coll' oppio</i>	943
<i>Avvelenamento coll' acido idrocianico</i>	946
<i>Effetti tossici delle bevande alcooliche</i>	947
<i>Della ubbriachezza</i>	ib.
<i>Del delirium tremens</i>	948
<i>Della combustione umana spontanea</i>	953
<i>Avvelenamento col solfato di chinina</i>	954
<i>Id.</i> coll' acido carbonico.....	955
<i>Id.</i> col vapore del carbone.....	956
<i>Id.</i> col gas della illuminazione.....	958





191
E
9

